Microlog Microfiche Collection
Resolution Chart

Copyright

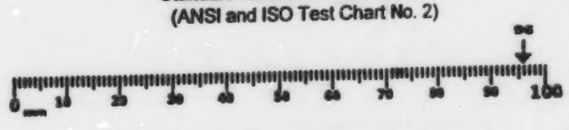
Copyright for the ***contents*** of this microfiche is held by the publisher of the original document. Please contact the original publisher for guidance in all copyright matters. Copyright in this ***microfiche edition*** is held by Micromedia Limited.

Quality of the Microfiche Reproduction

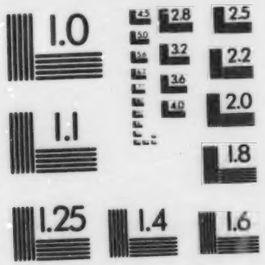
Micromedia Limited maintains the highest standards for micrographic reproduction. Attempts are made to obtain the best quality print version to microfilm. However, there are some printing styles, colours and graphic layout styles (including maps, graphs and tables) which do not reproduce well. Because of the value of the original document, Micromedia has filmed it recognizing that it may not be as easy to read as the original document.

Some pages have been filmed twice to improve the clarity of the reproduction. Consult both reproductions to ensure that all of the original text is read.

Microcopy Resolution Test Chart
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)



PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

NATIONAL MICROGRAPHICS ASSOCIATION

24x

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

Collection MICROLOG sur Micromédia
Tableau de résolution

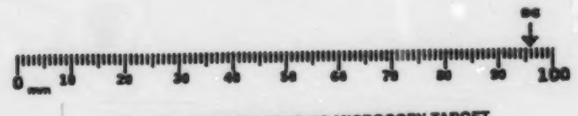
Droits d'auteurs

Les droits d'auteurs du conenu de cette microfiche sont détenus par l'éditeur du document original. Veuillez communiquer avec celui-ci pour obtenir des renseignements sur tout ce qui touche les droits d'auteurs. Les droits d'auteurs de cette édition sur microfiche sont détenus par Micromédia Limitée.

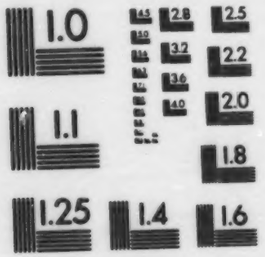
Qualité de reproduction sur microfiche

Micromédia Limitée maintient les normes de reproduction micrographique les plus élevées. Elle fait tout son possible pour obtenir la version sur papier à reproduire sur microfiche de la meilleure qualité possible. Cependant, certains styles d'imprimerie, de couleurs et de style de mise en page graphique (incluant des cartes, des grahiques et des tableaux) se reproduisent mal. En raison de la valeur du document original, Micromédia l'a reproduit tout en reconnaissant qu'il ne sera peut-être pas aussi lisable que le document original.

Tableau de résolution micrographique
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)



PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

NATIONAL MICROGRAPHICS ASSOCIATION

24x

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

ESTIMATES

Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2001

Canada

Improved Reporting to Parliament
Pilot Document

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 2001

Available in Canada through your local bookseller or by mail from

Canadian Government Publishing — PWGSC

Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-2001
ISBN 0-660-61691-2

102-01118/

Foreword

In the spring of 2000 the President of the Treasury Board tabled in Parliament the document "Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada". This document sets a clear agenda for improving and modernising management practices in federal departments and agencies.

Four key management commitments form the basis for this vision of how the Government will deliver their services and benefits to Canadians in the new millennium. In this vision, departments and agencies recognise that they exist to serve Canadians and that a "citizen focus" shapes all activities, programs and services. This vision commits the government of Canada to manage its business by the highest public service values. Responsible spending means spending wisely on the things that matter to Canadians. And finally, this vision sets a clear focus on results – the impact and effects of programs.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting of results through ministers to Parliament and citizens. Earlier this year, departments and agencies were encouraged to prepare their reports following certain principles. Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on results – benefits to Canadians – not on activities. It sets the department's performance in context and associates performance with earlier commitments, explaining any changes. Supporting the need for responsible spending, it clearly links resources to results. Finally the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

In performance reports, departments strive to respond to the ongoing and evolving information needs of parliamentarians and Canadians. The input of parliamentarians and other readers can do much to improve these reports over time. The reader is encouraged to assess the performance of the organization according to the principles outlined above, and provide comments to the department or agency that will help it in the next cycle of planning and reporting.

This report is accessible electronically from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site:
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dpre.asp
Comments or questions can be directed to this Internet site or to:
Results Management and Reporting Directorate
Treasury Board Secretariat
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario, Canada
K1A 0R5
Tel.: (613) 957-7167 – Fax: (613) 957-7044

HEALTH CANADA

Departmental Performance Report

For the period ending
March 31, 2001

Allan Rock
Minister of Health

This Report

Health Canada is proud to present to Parliament and to Canadians this Report on its performance for the fiscal year ending March 31, 2001.

This document is an overview of the major initiatives through which Health Canada used the resources entrusted to it by Parliament and Canadians in each of its five Business Lines as follows:

- Health Care Policy
- Health Promotion and Protection
- First Nations and Inuit Health
- Information and Knowledge Management
- Departmental Management and Administration

Every effort has been made to make this Report as clear and concise as possible. If you have further questions or want more detailed information on a particular program or service, please contact:

Health Canada
General Enquiries
0900C2 Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tel.: (613) 957-2991
Fax: (613) 941-5366
Web site: < http://info@www.hc-sc.gc.ca/english/feedback.htm#general >

READER FEEDBACK

HEALTH CANADA'S 2000-2001 DEPARTMENTAL PERFORMANCE REPORT

We would like to hear from Canadians who read this report. Your comments will help ensure that we provide relevant information that is easily understood. Please send your completed questionnaire or comments to the mail, e-mail address or fax number shown below.

1) Did you find the information you were looking for? ☐ YES ☐ NO

If no, what information were you looking for?

2) a) What parts of the document did you find most useful?

b) the least useful?

3) Would you recommend this report to others? ☐ YES ☐ NO

If no, why not?

4) Are there any other comments you would like to make regarding this report?

Send your completed questionnaire or comments:

By mail:

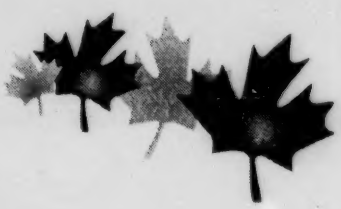
Planning, Analysis and Reporting Division
Corporate Services Branch
0905D, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON K1A 0K9

By fax:

(613) 952-7328

By e-mail:

roger_keen@hc-sc.gc.ca
lucie_chartrand@hc-sc.gc.ca



Thank you for your cooperation

Table of Contents

SECTION I:
MESSAGES 11

Minister's Message 11

Executive Summary 13

SECTION II:
DEPARTMENTAL OVERVIEW 17

Our Vision 17

Health Canada's Mission Statement 17

Health Canada Objectives 17

Health Canada Roles 18

Business Line Descriptions 20

Crosswalk - Former Business Line Structure to New Business Line Structure 24

Business Lines at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2000-2001 25

Health Canada Organization 26

SECTION III:
DEPARTMENTAL PERFORMANCE 27

A: Chart of Strategic Outcomes 27

B: Performance Accomplishments 31

Business Line 1: Health Care Policy 31

Business Line 2: Health Promotion and Protection 35

Service Line A: Population and Public Health 37

Service Line B: Health Products and Food 44

Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety 48

Service Line D: Pest Management Regulation 54

Business Line 3: First Nations and Inuit Health 58

Business Line 4: Information and Knowledge Management 65

Business Line 5: Departmental Management and Administration 69

Regional Accomplishments 71

SECTION IV:
CONSOLIDATED REPORTING 73

Modernizing Comptrollership 73

Sustainable Development 74

Regulatory Initiatives 77

Social Union Framework Agreement 90
Accountability 91
Assets Management 93
Service Improvement Initiative 94
Government On-Line 95

SECTION V: FINANCIAL PERFORMANCE 97

Financial Performance Overview 97
Financial Summary Tables 98
Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2000-2001 98
Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 99
Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 100
Financial Table 4: Crosswalk between Old Structure and New Structure 101
Financial Table 5: Revenue 102
Financial Table 6: Statutory Payments 103
Financial Table 7: Transfer Payments 104
Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending 105
Financial Table 9: Resource Requirements by Organization and Business Line 115
Financial Table 10: Contingent Liabilities 116

SECTION VI: OTHER INFORMATION 117

Departmental Contacts 117
References 120
Statutes and Regulations 122
Index 125

Annex A: *Measuring Health in Canada - more results relating to Health Status of Canadians* is available at < http://www.hc-sc.gc.ca/english/estimates/ >. For a printed copy of this Annex, please call (613) 954-5995.

SECTION I: MESSAGES

Minister's Message

While this Report focuses on the Department's achievements during the 2000-2001 fiscal year, we are all painfully aware that the tragic events of September 11, 2001 have had a profound effect in terms of refocusing people's lives and the agendas of governments. As part of the Government of Canada's counter-terrorism plan, Health Canada's ability to respond effectively to any public health security crisis is being further strengthened. Two key elements of the Department's ongoing responsibility for coordinating such public health efforts are the Centre for Emergency Preparedness and Response, which was established in the past fiscal year, as well as the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg. Health Canada also takes seriously its responsibility to protect the health and safety of federal public servants who are often on the front-lines of counter-terrorism activity.

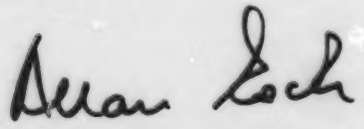
Health Canada's Departmental Performance Report for 2000-2001 demonstrates clear progress in our common effort with many partners to improve the health of Canadians and to address priorities across Canada's health system.

A major achievement was the September 2000 First Ministers' Agreement on Health. In it, the Government of Canada and the governments of the provinces and territories identified a vision, principles, and key priorities for sustaining and modernizing Canada's publicly-funded health care system. For our part, the Government of Canada committed $21.2 billion in additional funding of which $18.9 billion will go to the Canada Health and Social Transfer (CHST) over five years in support of health renewal and $2.3 billion will be for three separate funds to support investment in health information technology, medical equipment and primary health care reform.

The Agreement on Health was about far more than funding; it demonstrated a common vision and shared values. It was built around strengthening our health system through investments in innovation and ingenuity. That was particularly clear in the First Ministers' emphasis on priorities such as primary health care, that first point of contact that Canadians have with the health care system.

Our forward-looking approach also includes progress on preventative health — the steps that keep Canadians as healthy as possible. Through initiatives such as our new Tobacco Control Strategy, the Diabetes Strategy and innovative health research we can do even more to make our health care system sustainable. By taking a fundamental approach to the health issues facing First Nations and Inuit communities we have been doing more to address their health status needs. With respect to another initiative, we have asked for input from Members of Parliament and from Canadians on draft legislation concerning assisted human reproduction; the proposals would protect the health and safety of Canadians who seek assistance to build their families and would govern the scientific research practices related to this issue.

Our work continues on these and other priorities. For example, our government's decision to create the Commission on the Future of Health Care in Canada demonstrates our commitment to ensure the sustainability of the health system over the longer term. It will help us make choices that should make Canadians, already one of the healthiest people in the world, even healthier in the years ahead.



The Honourable Allan Rock, P.C., M.P.

Minister of Health

Executive Summary

Health Canada's roles in all aspects of its work are anchored in a pair of key realities. First, a wide range of social, behavioural, physical and economic determinants interact to affect the health of Canadians. Second, progress on Canada's health priorities requires collaboration and coordination among many partners. In addition to its ongoing liaison with provincial and territorial governments and other federal departments, the Department works with First Nations and Inuit, the voluntary and community sector, health professionals, the private sector, and individual Canadians. Some highlights of the work carried out in the 2000-2001 fiscal year are:

- At the First Ministers' Meeting September 10-11, 2000, in Ottawa, the Government of Canada and all provinces and territories agreed to a plan that ensures our health care system stays healthy – today and in the future. Canadians will have publicly-funded health services that provide quality health care and that promote their health and well-being in a cost-effective and fair manner.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/english/new_prescription.htm >

- New graphic health warning labels began to appear on cigarette packages in Canada. They display health information messages on diseases caused by tobacco use or tips on quitting smoking which are printed on the inside slider. The tobacco manufacturers produced the new packages in December 2000. The regulations that allowed for these images became law in June 2000, making Canada the first country in the world to implement such strong labelling and reporting measures.

  < http://www.infotobacco.com >

- The Office of the Chief Scientist was created on the advice of the Science Advisory Board – an arm's length advisory panel for Health Canada. The role of the Chief Scientist is to bring greater leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of the Department's scientific responsibilities, activities and needs. The position reports directly to the Deputy Minister. Health Canada's first Chief Scientist is Dr. Kevin Keough, an internationally renowned biochemist.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2001/2001_01e.htm >

- The First Nations and Inuit Health Accountability Framework was implemented under a newly established office. It will enable First Nations and Inuit and the Department to better demonstrate results on investments in programs and services, identify gaps in service, improve the capacity to deliver services, measure performance and improve overall management practices. As a result of this framework, new standard agreements to improve accountability practices, a management control framework to strengthen management of contribution practices, improved planning, reporting and a health planning model were adopted and an initial assessment of capacity requirements was completed.

- The $11 million Rural and Remote Health Innovations Initiative was launched to support projects for rural and remote areas that will promote integration and accessibility of a full range of health services, explore ways to address work force issues and improve health service delivery through reforms to the system.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/ >

- A national public health laboratory forum was established, in collaboration with provincial health laboratories, to coordinate surveillance and emergency response capacity and allow for quicker detection of, and response to, infectious disease epidemics and bio-terrorist threats.

- The review/approval times for new drug submissions were reduced, thus allowing new drugs on the market sooner and providing Canadians with more choices.

- Consistent with the need to build stronger partnerships between governments on health issues, our regional offices were increasingly active with their counterparts in other levels of government on issues ranging from monitoring of the *Canada Health Act* to support for projects testing local, provincial or territorial health innovations.

- Health Canada built capacity in the area of modern comptrollership through collaborative approaches on major initiatives such as government on-line, accountability, performance measurement, and values and ethics.

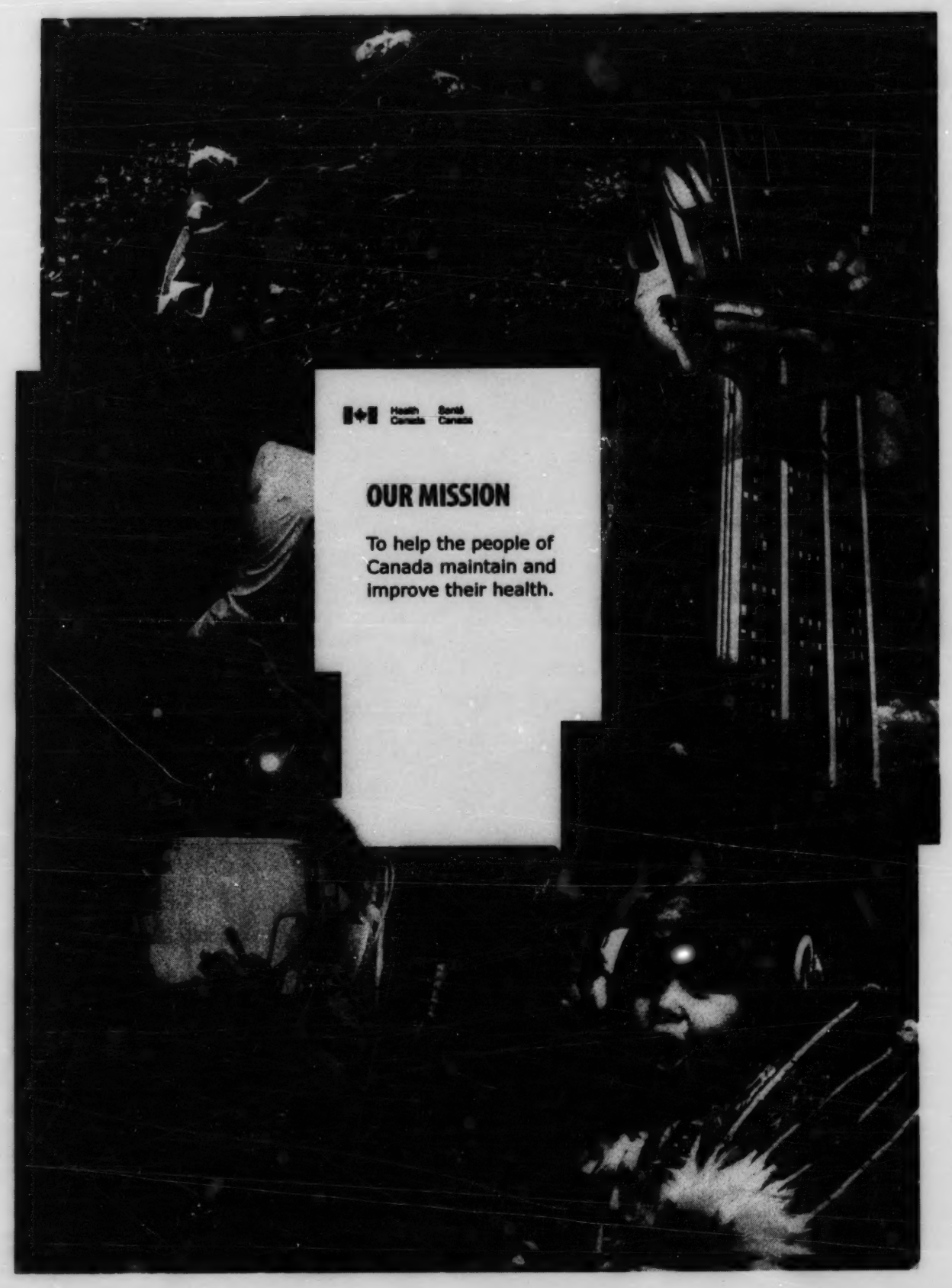
- Health Canada's realigned organization came into effect on July 1, 2000. This move better positioned the Department to focus on continually improving its service to Canadians. The realignment was designed to make it easier to work effectively with the Department's partners, put resources where they will have the most impact, and be more innovative and responsive. One of the major results of the Health Canada realignment was the strengthening of the health protection and health promotion programs by integrating the Department's health protection activities with the related health promotion responsibilities. The result was the realignment of the former Health Protection and Health Promotion and Programs branches into three new branches:

  - Population and Public Health Branch

  - Health Products and Food Branch

  - Healthy Environments and Consumer Safety Branch

  < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2000/2000_68e.htm >


Health Canada
Santé Canada
OUR MISSION
To help the people of Canada maintain and improve their health.

SECTION II: DEPARTMENTAL OVERVIEW

Our Vision

Health Canada strives to improve the health of all of Canada's people while respecting individual choices and circumstances, and therefore, seeks to put Canada among the countries with the healthiest people in the world (as measured by the extent to which Canadians live long, healthy lives with effective use of the health care system only as required).

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

World Health Organization (WHO) definition of health.

< http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html >

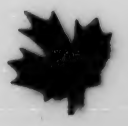
Health Canada's Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada Objectives

Health Canada, by working with others in a manner that fosters the trust of Canadians, strives;

- to minimize health inequalities among groups.
- to ensure (with others) that health services are of high quality, efficient, and readily accessible to all Canadians.
- to balance and integrate health care system renewal efforts with longer term prevention, protection and health promotion initiatives.



Just as the health of individual Canadians varies, their circumstances and behaviours vary. Success in achieving our health objectives hinges on our ability to improve community capacity to deal with health issues and to help Canadians make informed choices about their health. Through research and surveillance, Health Canada also ensures that the policies of other sectors of Canadian society support health.

Health Canada seeks to ensure optimal health outcomes, which is an increasingly difficult task given the expanding and complex array of needs, demands and available interventions. With others we create effective and sustainable systems for health, including the health care system, that maximize the number of Canadians who enjoy good health throughout their lives. We strive to reduce inequalities in health status, particularly those experienced by children, youth, the elderly and Aboriginal peoples.

Health Canada and its partners are taking a comprehensive view of health. We make strategic, evidence-based decisions on priorities, choose the most effective mix of interventions and strengthen accountability for health outcomes. This coherent approach better equips Health Canada to effectively address future needs and challenges to the health of Canadians.

Health Canada Roles

In order to achieve our objectives, Health Canada works in a number of ways:

Leader/Partner - The Department provides federal leadership on health matters. We are responsible for administering the *Canada Health Act*, which embodies the key values and principles of Medicare. We develop policies to help the health care system adapt to evolving realities. We identify and address the determinants of health. We seek to contribute to broad governmental agendas targeted at innovation.

Funder - The federal government contributes significantly to health care financing in Canada via the Canada Health and Social Transfer (CHST) and by fostering improvements and modernization through other programs. Health Canada provides funding to First Nations and Inuit organizations to support them in providing community health services. The Department also offers grants and contributions programs to various organizations to contribute towards mutual health objectives.

Guardian/Regulator - The Department's stewardship role involves both protecting Canadians and facilitating the provision of products vital to the health and well being of our citizens. We regulate and approve the use of thousands of products, including pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, natural health products, consumer goods and foods. The Department delivers a range of programs and services in environmental health and protection and we have responsibilities in the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and on the safe use of consumer products. As well, the Department monitors and tracks diseases and takes action where required.

Service Provider - Health Canada provides supplementary health insurance to First Nations people and Inuit to pay for pharmaceuticals, dental services, vision services and transportation.

The Department also provides health services including prevention, promotion, primary care and addiction services to First Nations and Inuit communities. In addition, the Department provides occupational health and safety services to all federal employees and in all federal facilities.

Information Provider - Through research and surveillance, the Department creates, collects and disseminates knowledge, information and data that promote the development of effective health practices and provides Canadians information they can use to maintain and improve their health. This wide array of health promotion and prevention information emphasizes both positive health activities and illness prevention measures.

Health Canada conducts and supports health research throughout Canada to help expand the scientific and technical knowledge needed to underpin health policies and programs and to make that knowledge widely available.

In Concert With Others

The Department collaborates with a wide array of partners to achieve mutual health objectives. Health Canada works with the provinces and territories, First Nations and Inuit communities, professional associations, consumer groups, universities and research institutes and other federal departments and agencies.

Flexibility for a Changing Environment

The forces shaping public health are constantly evolving. Canada is witnessing:

- increased public sensitivity to health matters, with accompanying demands for quick access to services and information.
- shifting demographic patterns that are exerting pressure on health care services.
- rapid scientific advances that create both health benefits and pressures.
- expanding international migration, travel and commerce patterns that are generating additional health concerns.

Due to this constant evolution, Health Canada's response is to remain flexible in its operations and its allocation of limited resources.

Key Management Responsibilities

In all its work, Health Canada remains committed to the principles stated in the Treasury Board publication *Results for Canadians*. These principles are:

- **focusing on citizens** - by improving access to services and improving client satisfaction;

- **embracing a clear set of public service values** - through the work of the Audit and Accountability Bureau;
- **managing for results** - through the implementation of modern comptrollership;
- **ensuring responsible spending** - by continuously improving the quality of departmental financial information.

Business Line Descriptions

Health Care Policy

This business line supports policy development, analysis and communications related to leadership on all areas of Canada's health system, with clear emphasis on ensuring the viability and accessibility of Medicare and collaborative efforts, with provinces/territories and other stakeholders, to strengthen, modernize and sustain Canada's health system.

Health Promotion and Protection

This business line is responsible for developing a cohesive, coherent, consistent and horizontal approach to its activities in managing the risks and benefits to health for Canadians. It achieves these results through the development of policies and programs that support disease, illness and injury prevention and health promotion. The business line supports action to promote health by addressing determinants that fall both within and outside of the health sector throughout the human life cycle. The delivery of the population health approach, and its prevention and promotion activities recognizes and emphasizes the importance of health throughout the human life cycle which takes place through a framework based on three stages of life: childhood and youth, early to mid-adulthood, and later life with a specific recognition of investment in early childhood as a means to better health throughout life.

This business line also promotes healthy and safe living, working and recreational environments by anticipating, preventing and responding to health risks posed by food, water, occupational and environmental hazards, diseases, chemical and consumer products, alcohol and controlled substances, tobacco, pest control products, and peacetime disasters. It ensures that the drugs, medical devices, and other therapeutic products available to Canadians are safe, effective and of high quality.

It is to be noted that, for this business line, reporting in the *Report on Plans and Priorities* and the *Departmental Performance Report* will be by service line, thus demonstrating clear accountability for results.

Service Lines

- **Population and Public Health** – Population and Public Health includes responsibility for policies, programs and research relating to disease surveillance, prevention and control, health promotion, and community action.
- **Health Products and Food** – Health Products and Food is primarily responsible for the policies, standards and programs relating to the health determinants, benefits, and risks associated with products that are ingested or put into the human body.
- **Healthy Environments and Consumer Safety** – This service line:
  - promotes healthy and safe living, working and recreational environments;
  - assesses and reduces health risks posed by environmental factors;
  - regulates the safety of commercial and consumer chemicals and products, and promotes their safe use;
  - regulates tobacco and controlled substances and promotes initiatives that reduce or prevent the harm associated with these substances and alcohol;
  - provides expert advice and drug analysis services to law enforcement agencies across the country;
  - establishes workplace health and safety policies and provides services to protect the health of the public sector, the travelling public and dignitaries visiting Canada;
  - is responsible for public health measures designed to prevent the entry and spread of quarantinable diseases to Canada;
  - is responsible for coordinating the implementation and monitoring of Health Canada's Sustainable Development Strategy.
- **Pest Management Regulation** – This service line is delivered through the Pest Management Regulatory Agency which has the following main activities:
  - new product evaluation including regulatory decisions within specified performance standards on applications for the registration of new pest control products;
  - registered product evaluation where registered products are reevaluated against current standards;
  - compliance enforcement under the *Pest Control Products Act* through investigations, inspections and consultations;
  - development and implementation of sustainable pest management policies and programs to integrate sustainable pest management in registration decisions.

First Nations and Inuit Health

This business line carries out its mandate through:

- the provision of community-based health promotion and prevention programs on-reserve and in Inuit communities;
- the provision of non-insured health benefits to First Nations and Inuit people regardless of residence in Canada;
- the provision of primary care and emergency services on-reserve in remote and isolated areas where no provincial services are readily available.

Health Canada also supports the transition to increased control and management of these health services based on a renewed relationship with First Nations and the Inuit and a refocused federal role. Health Canada participates in government policy development on Aboriginal issues.

Information and Knowledge Management

Responsible for improving the evidence base (both information and analysis) for decision-making and public accountability; updating the long-range strategic framework and policies that establish, direct and redirect the involvement of the federal government in health research policy; developing the creative use of modern information and communications technologies (including the Information Highway) in the health sector; and, in cooperation with the provinces and territories, the private sector and international partners, providing advice, expertise and assistance with respect to information management and information technology, planning and operations.

Departmental Management and Administration

Responsible for providing administrative services to the Department.

It includes the following four areas, as well as the Department's Executive Offices:

- The **Corporate Services Branch** is responsible for providing administrative services to the Department. This branch is also responsible for overseeing of both the implementation of modern comptrollership across the Department and the implementation of the Department's Environmental Management System.
- The **Regional Directors General** are the Department's senior representatives in the regions and are responsible for developing and implementing departmental programs in their region. They are also the Department's links to the provinces on policy issues, federal/provincial relations, and service delivery.
- The **Office of the Chief Scientist** was created under the Department's recent realignment to bring greater leadership, coherence and expertise to the strategic direction of Health Canada's scientific responsibilities and activities.
- The **Audit and Accountability Bureau** conducts independent reviews of Health Canada's operations and systems, and oversees the Department's responsibilities with respect to values and ethics.

Health Canada's Regions

The six regional offices play a crucial role in the delivery of Health Canada's programs. About 40 percent of the Department's employees work in regional operations. As strategic focal points, they are essential in linking the Department across the country in a way that tailors departmental programs to local conditions, provide regional information on trends and issues, and promote working together with a wide range of partners[1].

The regional offices are located in:

- Halifax - Atlantic region
- Montreal - Quebec region
- Toronto - Ontario/Nunavut region
- Winnipeg - Manitoba/Saskatchewan region
- Edmonton - Alberta/Northwest Territories region
- Vancouver - British Columbia/Yukon region

1) Programs specific to the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) are developed and implemented through the FNIHB regional offices.

Crosswalk -
Former Business Line Structure to New Business Line Structure

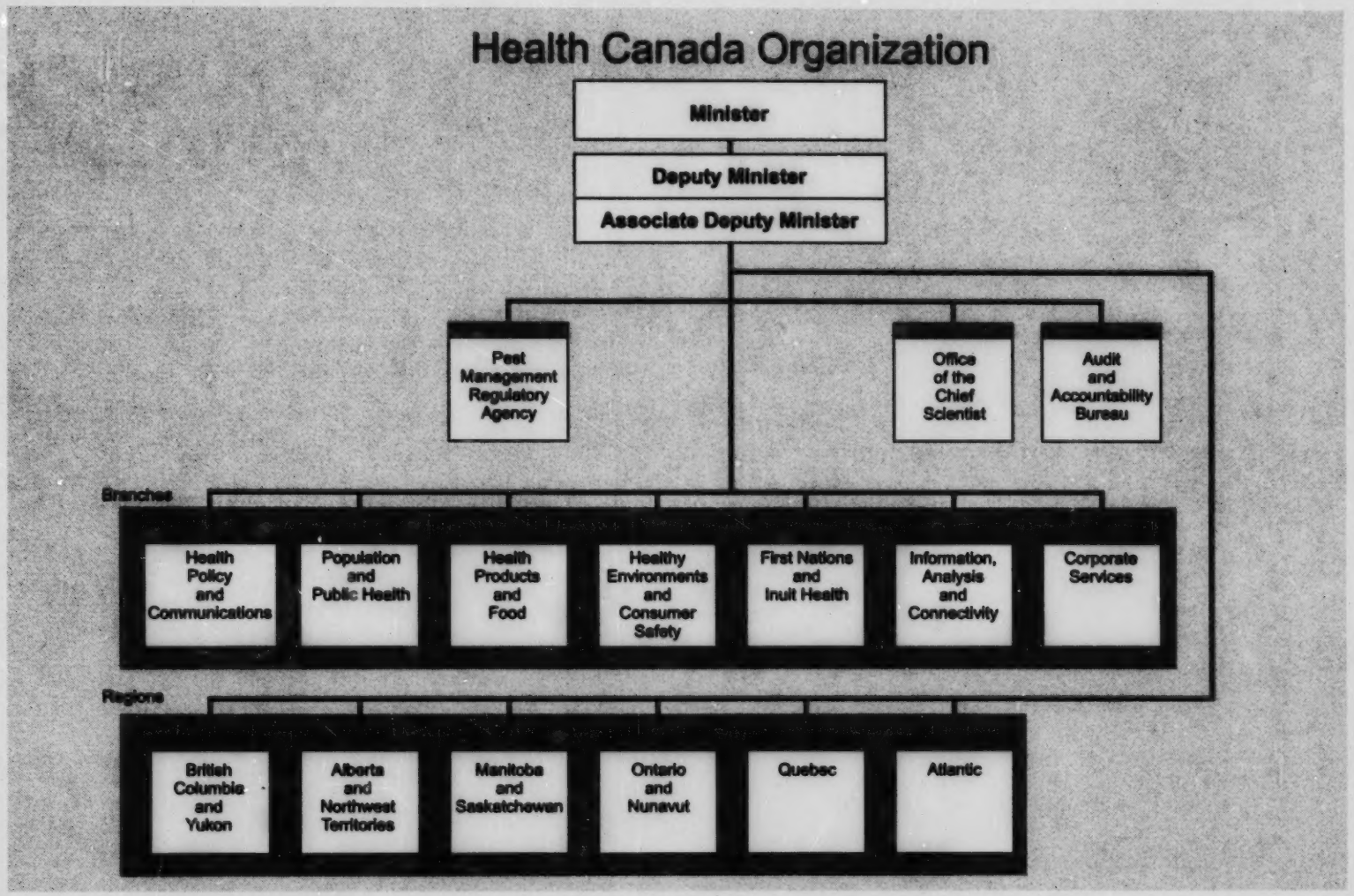
Old Business Lines	New Business Lines: Health Care Policy	Health Promotion and Protection	First Nations and Inuit Health	Information and Knowledge Management	Departmental Management and Administration
Health Policy, Planning and Information	✔	✔		✔	✔
Health System Support and Renewal	✔	✔			
Management of Risks to Health		✔			
Promotion of Population Health	✔	✔			
Aboriginal Health		✔	✔		
Corporate Services				✔	✔

Business Lines at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2000-2001

Business Line / Service Line	Accountability (Under the Deputy Minister and Associate Deputy Minister)		
1. **Health Care Policy**	Assistant Deputy Minister (ADM), Health Policy and Communications Branch	$112.6	4.8%
2. **Health Promotion and Protection**		$634.4	27.3%
a. Population and Public Health	ADM, Population and Public Health Branch	$348.5	15.0%
b. Health Products and Food	ADM, Health Products and Food Branch	$122.9	5.3%
c. Healthy Environments and Consumer Safety	ADM, Healthy Environments and Consumer Safety Branch	$140.5	6.0%
d. Pest Management Regulation	Executive Director, Pest Management Regulatory Agency	$22.5	1.0%
3. **First Nations and Inuit Health**	ADM, First Nations and Inuit Health Branch	$1,266.5	54.6%
4. **Information and Knowledge Management**	ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch	$126.7	5.5%
5. **Departmental Management and Administration**	Senior ADM, Corporate Services Branch Regional Directors General Chief Scientist Executive Director, Audit and Accountability Bureau Executive Offices	$180.3	7.8%
Total		**$2,320.5**	**100.0%**

Business Lines at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2000-2001

Business Line / Service Line	Accountability (Under the Deputy Minister and Associate Deputy Minister)	2000-2001 Actual Spending (millions of dollars)	% of Total
1. **Health Care Policy**	Assistant Deputy Minister (ADM), Health Policy and Communications Branch	$112.6	4.8%
2. **Health Promotion and Protection**		$634.4	27.3%
a. Population and Public Health	ADM, Population and Public Health Branch	$348.5	15.0%
b. Health Products and Food	ADM, Health Products and Food Branch	$122.9	5.3%
c. Healthy Environments and Consumer Safety	ADM, Healthy Environments and Consumer Safety Branch	$140.5	6.0%
d. Pest Management Regulation	Executive Director, Pest Management Regulatory Agency	$22.5	1.0%
3. **First Nations and Inuit Health**	ADM, First Nations and Inuit Health Branch	$1,266.5	54.6%
4. **Information and Knowledge Management**	ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch	$126.7	5.5%
5. **Departmental Management and Administration**	Senior ADM, Corporate Services Branch Regional Directors General Chief Scientist Executive Director, Audit and Accountability Bureau Executive Offices	$180.3	7.8%
Total		**$2,320.5**	**100.0%**


Health Canada Organization
Minister
Deputy Minister
Associate Deputy Minister
Pest Management Regulatory Agency
Office of the Chief Scientist
Audit and Accountability Bureau
Branches
Health Policy and Communications
Population and Public Health
Health Products and Food
Healthy Environments and Consumer Safety
First Nations and Inuit Health
Information, Analysis and Connectivity
Corporate Services
Regions
British Columbia and Yukon
Alberta and Northwest Territories
Manitoba and Saskatchewan
Ontario and Nunavut
Quebec
Atlantic

SECTION III: DEPARTMENTAL PERFORMANCE

A: Chart of Strategic Outcomes

In previous reports these were called commitments. In most cases, these outcomes will require the combined resources and sustained effort of many partners over a long period of time. Most importantly, however, progress toward these outcomes will require, and Canadians will expect, the leadership of a federal department or agency.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes
Health Care Policy	**1.1** Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*. **1.2** Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system. **1.3** Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations. **1.4** International initiatives which support departmental priorities.

SECTION III: DEPARTMENTAL PERFORMANCE

A: Chart of Strategic Outcomes

In previous reports these were called commitments. In most cases, these outcomes will require the combined resources and sustained effort of many partners over a long period of time. Most importantly, however, progress toward these outcomes will require, and Canadians will expect, the leadership of a federal department or agency.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
Health Care Policy	1.1 Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*.
	1.2 Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system.
	1.3 Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.
	1.4 International initiatives which support departmental priorities.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
Health Promotion and Protection **Service Line A:** **Population and Public Health**	2.1 Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues. 2.2 Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health. 2.3 Preventative initiatives and practices that have enabled the reduction of illness, disability, injury and/or death. 2.4 Improved surveillance capacity, emergency preparedness and response strategies.
Service Line B: **Health Products and Food**	2.5 Protection of Canadians against risk factors related to health products and food. 2.6 Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food. 2.7 Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of healthy behaviours and provision of information and tools.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety	2.8 Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products, new chemical substances and products of biotechnology. 2.9 Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other substances.
Service Line D: Pest Management Regulation	2.10 Safe and effective pest control products. 2.11 Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations. 2.12 Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.
First Nations and Inuit Health	3.1 Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people that are integrated with provinces' and territories' health services.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
Health Promotion and Protection **Service Line A:** **Population and Public Health**	2.1 Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues. 2.2 Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health. 2.3 Preventative initiatives and practices that have enabled the reduction of illness, disability, injury and/or death. 2.4 Improved surveillance capacity, emergency preparedness and response strategies.
Service Line B: **Health Products and Food**	2.5 Protection of Canadians against risk factors related to health products and food. 2.6 Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food. 2.7 Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of healthy behaviours and provision of information and tools.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety	2.8 Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products, new chemical substances and products of biotechnology. 2.9 Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other substances.
Service Line D: Pest Management Regulation	2.10 Safe and effective pest control products. 2.11 Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations. 2.12 Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.
First Nations and Inuit Health	3.1 Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people that are integrated with provinces' and territories' health services.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
First Nations and Inuit Health (continued)	3.4 Improved management and accountability in partnership with First Nations and Inuit for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program.
Information and Knowledge Management	4.1 A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy but shares information in support of decision-making and public accountability. 4.2 Integrated health research and continual improvements in bringing that research into decision-making. 4.3 Evidence-based (both data and analysis) health policy decision-making including a better understanding of the fundamental issues relating to health care. 4.4 Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.
Departmental Management and Administration	5.1 Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership.

B: Performance Accomplishments

Business Line 1: Health Care Policy

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Net expenditures	$129.3	$112.6	$112.6

* This represents 4.8 percent of the Department's actual spending.

Decreases between planned spending versus authorities and actual spending are mainly due to the reprofiling of the Health Transition Fund.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm#hpc >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

A leadership role in collaboration with provinces and territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focused on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians no matter where they may live or their financial circumstances.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*. (SO 1.1)

- created:
  - an additional 25 positions (13 filled, 12 being staffed) in both regional offices and headquarters to assist in monitoring the *Canada Health Act (CHA)*;
  - a *CHA* information system and database to improve the Department's ability to monitor provincial and territorial activities to ensure compliance with the *CHA*.

Business Line / Service Line	Strategic Outcomes (SO)
First Nations and Inuit Health (continued)	3.4 Improved management and accountability in partnership with First Nations and Inuit for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program.
Information and Knowledge Management	4.1 A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy but shares information in support of decision-making and public accountability. 4.2 Integrated health research and continual improvements in bringing that research into decision-making. 4.3 Evidence-based (both data and analysis) health policy decision-making including a better understanding of the fundamental issues relating to health care. 4.4 Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.
Departmental Management and Administration	5.1 Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership.

B: Performance Accomplishments

Business Line 1: Health Care Policy

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Net expenditures	$129.3	$112.6	$112.6

* This represents 4.8 percent of the Department's actual spending.

Decreases between planned spending versus authorities and actual spending are mainly due to the reprofiling of the Health Transition Fund.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm#hpc >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

A leadership role in collaboration with provinces and territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focused on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians no matter where they may live or their financial circumstances.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*. (SO 1.1)

- created:
  - an additional 25 positions (13 filled, 12 being staffed) in both regional offices and headquarters to assist in monitoring the *Canada Health Act (CHA)*;
  - a *CHA* information system and database to improve the Department's ability to monitor provincial and territorial activities to ensure compliance with the *CHA*.

- launched a number of investigations relating to allegations of user charges to patients for medically necessary insured services. A monthly deduction to the Canada Health and Social Transfer was applied to one province for allowing patient charges in the form of facility fees at a private clinic.
- improved accountability to Parliament and to the public by issuing the *Canada Health Act* Annual Report which contains more specific information on the Act itself and its administration. Through the 1-800-O-Canada phone line and the Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/medicare >, the Department provides better and clearer information on the *CHA*.

Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system. (SO 1.2)

- signed a Memorandum of Understanding with the Patented Medicine Prices Review Board to conduct a series of analytical studies concluding in March 2002 using information provided by federal, provincial and territorial drug plans. This work will provide information to jurisdictions to assist in policy and decision-making.
- worked with the federal/provincial/territorial Pharmaceutical Issues Committee on pharmaceutical management issues to facilitate improvements in prescribing behaviour and/or drug utilization management in the health care system.
- developed a national framework on home and community care that provides a vision, principles, core program components and a range of home and community services that will become increasingly consistent across Canada.
- worked with the provinces/territories on options to improve the supply of health human resources through actions such as:
  - the collection of data on physicians in postgraduate training programs to provide information for decision-making on physician resource planning;
  - the production, in collaboration with the Canadian Nursing Students Association, of a video encouraging high school students to choose registered nursing as a career and thereby help to ensure an adequate supply of nurses in the future.
- collaborated in the development of a national survey to assess the ability of provinces and territories to report on the 14 categories of indicators identified in the First Ministers' Agreement and initiated departmental development of a strategy to report on the 14 key indicators.
  < http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html >
- worked to further understanding of key issues in health care. Examples include:
  - the private home care sector study which provided for the first time a comprehensive picture of the private sector in home care;

- the analytical work on the effects of an aging population on health care in Canada, which were released in the first edition of the Department's *Health Policy Research Bulletin*.
  < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/nhrdp/indexe.html >

- worked with Human Resources Development Canada, provincial and territorial governments and other stakeholders on occupational/sector labour market studies in areas such as nursing, medicine, home care sector, etc. These studies are expected to help develop supply-demand projections for these professions.
- developed a summary of existing processes and outcomes related to the accreditation of international medical graduates (IMG), to be used by governments as they examine more closely the potential resource of unlicenced IMGs in Canada.
- initiated a collaborative federal/provincial/territorial process to review and report on the supply, demand and delivery of magnetic resonance imaging and computed tomography services in Canada. The aim of this work is to develop recommendations on how to ensure appropriate and timely access, on uniform terms and conditions, to these diagnostic health services through the publicly-funded health care system.

- provided funding through the Health Transition Fund to 141 pilot and evaluation projects that adopted new delivery approaches in home care, pharmacare, primary care, and integrated service delivery. Federal, provincial and territorial governments, regional authorities, and health agencies will build on this knowledge for health care reform.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/ >

- through the Centres of Excellence for Women's Health program, supported studies on the health needs of women from diverse geographical backgrounds, including rural and northern women, and promoted access to this information at local, regional and national levels.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/women/english/cewh.htm >
- took the lead, in collaboration with the Centres of Excellence for Women's Health and the Canadian Women's Health Network, in championing the need for a focus on gender in the Canadian Institutes of Health Research. This resulted in the creation of the Institute on Gender and Health.
- sponsored, in collaboration with a number of partners, the First International Conference on Women, Heart Disease and Stroke in Victoria, British Columbia in May 2000 to increase awareness of the problem of heart disease and stroke in women.
  < http://www.medscape.com/Medscape/CNO/2000/FICWHDS/public/index-FICWHDS.html >

Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations. (SO 1.3)

- developed a *Nursing Strategy for Canada* < http://www.hc-sc.gc.ca/english/nursing/ > which was approved by the federal/provincial/territorial Ministers of Health in October 2000. The strategy guides federal, provincial and territorial government action to ensure an adequate supply of nursing personnel across Canada with the appropriate education to meet the needs of Canadians. The Canadian Nursing Advisory Committee, the first element of the strategy, was announced in March 2001.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/english/nursing/cnac.htm >
- implemented the *Policy Toolkit for Public Involvement in Decision-Making*, the aim of which is to encourage more effective collaboration in policy and program development with partners, stakeholders, experts and citizens.

International initiatives which support departmental priorities. (SO 1.4)

- played a leading role in World Health Organization discussions on health human resources issues and ensured that issues related to nursing have received increased prominence in international discussions.
- ensured that issues related to health equity were considered at the Summit of the Americas in Quebec City and at the Directing Council of the Pan American Health Organization and the World Health Assembly.
- took an active role on international trade policy issues and developments to ensure that health and health policy considerations were taken into account. Canada announced in March 2001 that its health system and services are not negotiable in trade negotiations under the General Agreement on Trade in Services (GATS).
  < http://strategis.ic.gc.ca/SSG/sk00095e.html >

Business Line 2: Health Promotion and Protection

Service Line A: Population and Public Health
Service Line B: Health Products and Food
Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety
Service Line D: Pest Management Regulation

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$732.4	$697.9	$682.8
Revenues	($39.7)	($56.9)	($48.4)
Net expenditures	$692.7	$641.0	$634.4

* This represents 27.3 percent of the Department's actual spending. Refer to service lines for explanations of variances.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca >

B: Objective

Provide an integrated approach to the management of risks and benefits to health by promoting healthy environments and behaviours, protecting Canadians against risk factors over which they have little control, and by providing information and tools so that they can make informed decisions about their health.

C: Description

Through four service lines, this business line is responsible for developing a cohesive, coherent, consistent and horizontal approach to its activities in managing the risks and benefits to health for Canadians. It achieves these results through the development of policies and programs that support disease, illness and injury prevention and health promotion. The business line supports action to promote health by addressing determinants that fall both within and outside of the health sector

Federal/Provincial/Territorial Collaboration

The three branches and the agency in the Health Promotion and Protection business line actively work with provincial and territorial partners to share information concerning research, surveillance and health promotion. This collaboration results in a national capacity to address health issues through action on the broad determinants of health.

Business Line 2: Health Promotion and Protection

Service Line A: Population and Public Health
Service Line B: Health Products and Food
Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety
Service Line D: Pest Management Regulation

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$732.4	$697.9	$682.8
Revenues	($39.7)	($56.9)	($48.4)
Net expenditures	$692.7	$641.0	$634.4

* This represents 27.3 percent of the Department's actual spending. Refer to service lines for explanations of variances.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca >

B: Objective

Provide an integrated approach to the management of risks and benefits to health by promoting healthy environments and behaviours, protecting Canadians against risk factors over which they have little control, and by providing information and tools so that they can make informed decisions about their health.

C: Description

Through four service lines, this business line is responsible for developing a cohesive, coherent, consistent and horizontal approach to its activities in managing the risks and benefits to health for Canadians. It achieves these results through the development of policies and programs that support disease, illness and injury prevention and health promotion. The business line supports action to promote health by addressing determinants that fall both within and outside of the health sector

Federal/Provincial/Territorial Collaboration

The three branches and the agency in the Health Promotion and Protection business line actively work with provincial and territorial partners to share information concerning research, surveillance and health promotion. This collaboration results in a national capacity to address health issues through action on the broad determinants of health.

throughout the human life cycle. The delivery of the population health approach and its prevention and promotion activities recognize and emphasize the importance of health throughout the human life cycle, which takes place through a framework based on three stages of life: childhood and youth, early to mid-adulthood, and later life, with a specific recognition of investment in early childhood as a means to better health throughout life.

This business line also promotes healthy and safe living, working and recreational environments by anticipating, preventing and responding to health risks posed by food, water, occupational and environmental hazards, diseases, chemical and consumer products, alcohol and controlled substances, tobacco, pest control products, and peacetime disasters. It ensures that the drugs, medical devices, and other therapeutic products available to Canadians are safe, effective and of high quality.

Promoting and protecting health is recognized as an important proactive approach to maintaining and improving the health of Canadians, as was recently endorsed in the First Ministers' Agreement on Health. It complements health care and treatment by addressing the range of factors that determine health: social status, economic status, the physical environment, social environment, and behaviours. Moreover, it spans the spectrum of health risks from therapeutic products to food and product safety, environmental safety, and disease risks.

In July 2000, Health Canada realigned the way it delivers programs and services. This structure is a reflection of the complex and broad responsibilities involved in managing health risks, providing associated health interventions, and promoting healthy behaviours. Four organizational units work together to advance the population and public health approach, ensure safe living and working environments, promote healthy food and product safety, minimize health and environmental risks associated with pesticides, and control tobacco use. Many of the activities in this business line directly support the eight themes for sustainable development adopted by the Government of Canada in 2000. Specific targets for delivery on sustainable development are provided in *Sustaining Our Health (1997)* and more recently, in *Sustainable Development Strategy 2000: Sustaining Our Health.*
< http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/sustain_e.htm#top >

Service Line A: Population and Public Health

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$416.0	$349.5	$348.5
Revenues	($0.1)	($0.1)	($0.0)
Net expenditures	$415.9	$349.4	$348.5

* This represents 54.9 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to reprofiling of resources to future years of Hepatitis C Health Care Services and Lookback/Traceback initiatives.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

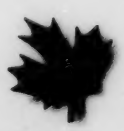
Promote health, and prevent and control injury and disease.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues. (SO 2.1)

- completed the first in a series of Internet-based distance learning training modules for front-line public health professionals across Canada to increase their skills in epidemiology, surveillance and information management.

- provided analytical services to public health and surveillance professionals through the Geographic Information System (GIS) as well as advice, guidance, and training on using the system. The system links information from surveillance and public health information systems with geographic locations such as regional health areas, enumeration areas or postal codes. Health



Service Line A: Population and Public Health

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$416.0	$349.5	$348.5
Revenues	($0.1)	($0.1)	($0.0)
Net expenditures	$415.9	$349.4	$348.5

* This represents 54.9 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to reprofiling of resources to future years of Hepatitis C Health Care Services and Lookback/Traceback initiatives.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

Promote health, and prevent and control injury and disease.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues. (SO 2.1)

- completed the first in a series of Internet-based distance learning training modules for front-line public health professionals across Canada to increase their skills in epidemiology, surveillance and information management.

- provided analytical services to public health and surveillance professionals through the Geographic Information System (GIS) as well as advice, guidance, and training on using the system. The system links information from surveillance and public health information systems with geographic locations such as regional health areas, enumeration areas or postal codes. Health

workers use GIS to visualize and analyze diseases, outbreaks, risks, research issues, and desired effects of program interventions.
< http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/gis_e.html >

- influenced health program and policy development in Canada to reflect health promotion and population health principles through:
  - the federal/provincial/territorial Advisory Committee on Population Health (including a survey on public health capacity);
  - a newsletter and Web site < http://www.population-health.com > to increase awareness and understanding of the population health approach;
  - influencing and transferring knowledge from the policy research activities of the Canadian Population Health Initiative; < http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/start.shtml >
  - suport and work with 200 national voluntary health organizations to partner on health policy and program development and strengthen their capacity to educate the public and health professionals and deliver targeted health programs and services. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/voluntarysector/ >

Population Health Newsletter

- launched the $11 million Rural and Remote Health Innovations Initiative through the Office of Rural Health < http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/ >. This initiative supports national and regional level projects that will:
  - promote the integration and accessibility of a full range of health services in rural and remote areas, including primary and specialty care;
  - explore ways to address work force issues, including but not limited to gaps in the supply of health professionals;
  - explore system reforms to improve the delivery of health services in rural and remote areas.

The Community Action Program for Children (CAPC) funded 464 projects serving 2,340 geographical communities to deliver services that address the developmental needs of at risk children 0 - 6 years and create community capacity. Every month over 7,300 volunteers donate more than 61,700 hours of work. For a six month period, community donations to CAPC projects were nearly $7.7M in cash and over $2.7M in in-kind donations.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp/capc/index.html >

Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health. (SO 2.2)

- produced a strategy to reduce the burden of cancer through collaborative and coordinated action across the cancer continuum with the Canadian Cancer Society, the National Cancer Institute of Canada, and the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies and in consultation with over 500 cancer experts and stakeholders. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cscc/ >

- hosted a national diabetes symposium of 250 Canadian diabetes stakeholders which achieved consensus on a national framework for action against diabetes. A social marketing campaign for diabetes prevention and awareness was also conducted < http://www.diabetes.gc.ca >. These are important steps toward the prevention of diabetes and the improvement of health outcomes for those with diabetes.

Through a community development approach, the Population and Public Health Branch stream of the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), reached over 31,000 women through 301 projects in over 2,000 geographical communities. The budget was $27.3M of which $23.7M went directly to communities in the form of grants and contributions. Community sources strengthened CPNP projects through non-budgeted financial contributions totalling over $1.0M and over 1,300 in in-kind contributions of space, materials, and food. In-kind staff contributed approximately 35% of total staff hours.

- joined the Chronic Disease Prevention Alliance. This is an initiative started by national non-governmental organizations concerned with chronic disease prevention such as the Heart and Stroke Foundation, the Canadian Diabetes Association, and the Canadian Cancer Society. This group is developing a national, common, coordinated approach to the prevention of diseases that share risk factors by integrating current efforts around specific risk factors (such as nutrition and physical activity) and conditions (such as diabetes and cancer).

- launched, in partnership with the Canadian Council for Active Living at Work, the business case for active living at work.
  The Web site < http://www.activelivingatwork.com >:
  - gives details of the benefits of being active in the workplace;
  - summarizes the research that has been done;
  - provides some information about effective practices and how to get started;
  - provides a template for practitioners to use in developing a business case for active living in their own organizations.

workers use GIS to visualize and analyze diseases, outbreaks, risks, research issues, and desired effects of program interventions.
< http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/gis_e.html >

- influenced health program and policy development in Canada to reflect health promotion and population health principles through:
  - the federal/provincial/territorial Advisory Committee on Population Health (including a survey on public health capacity);
  - a newsletter and Web site < http://www.population-health.com > to increase awareness and understanding of the population health approach;

  - influencing and transferring knowledge from the policy research activities of the Canadian Population Health Initiative; < http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/start.shtml >
  - suport and work with 200 national voluntary health organizations to partner on health policy and program development and strengthen their capacity to educate the public and health professionals and deliver targeted health programs and services. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/voluntarysector/ >

- launched the $11 million Rural and Remote Health Innovations Initiative through the Office of Rural Health < http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/ >. This initiative supports national and regional level projects that will:
  - promote the integration and accessibility of a full range of health services in rural and remote areas, including primary and specialty care;
  - explore ways to address work force issues, including but not limited to gaps in the supply of health professionals;
  - explore system reforms to improve the delivery of health services in rural and remote areas.

The Community Action Program for Children (CAPC) funded 464 projects serving 2,340 geographical communities to deliver services that address the developmental needs of at risk children 0 - 6 years and create community capacity. Every month over 7,300 volunteers donate more than 61,700 hours of work. For a six month period, community donations to CAPC projects were nearly $7.7M in cash and over $2.7M in in-kind donations.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp/capc/index.html >

Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health. (SO 2.2)

- produced a strategy to reduce the burden of cancer through collaborative and coordinated action across the cancer continuum with the Canadian Cancer Society, the National Cancer Institute of Canada, and the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies and in consultation with over 500 cancer experts and stakeholders. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cscc/ >

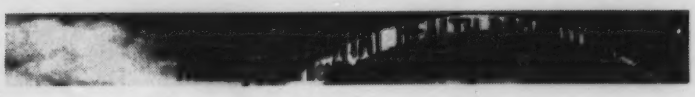
- hosted a national diabetes symposium of 250 Canadian diabetes stakeholders which achieved consensus on a national framework for action against diabetes. A social marketing campaign for diabetes prevention and awareness was also conducted < http://www.diabetes.gc.ca >. These are important steps toward the prevention of diabetes and the improvement of health outcomes for those with diabetes.

Through a community development approach, the Population and Public Health Branch stream of the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), reached over 31,000 women through 301 projects in over 2,000 geographical communities. The budget was $27.3M of which $23.7M went directly to communities in the form of grants and contributions. Community sources strengthened CPNP projects through non-budgeted financial contributions totalling over $1.0M and over 1,300 in in-kind contributions of space, materials, and food. In-kind staff contributed approximately 35% of total staff hours.

- joined the Chronic Disease Prevention Alliance. This is an initiative started by national non-governmental organizations concerned with chronic disease prevention such as the Heart and Stroke Foundation, the Canadian Diabetes Association, and the Canadian Cancer Society. This group is developing a national, common, coordinated approach to the prevention of diseases that share risk factors by integrating current efforts around specific risk factors (such as nutrition and physical activity) and conditions (such as diabetes and cancer).

- launched, in partnership with the Canadian Council for Active Living at Work, the business case for active living at work.
  The Web site < http://www.activelivingatwork.com >:
  - gives details of the benefits of being active in the workplace;
  - summarizes the research that has been done;
  - provides some information about effective practices and how to get started;
  - provides a template for practitioners to use in developing a business case for active living in their own organizations.

- launched the first on-line network for people working in mental health promotion < http://www.mhpconnect.com >. The International Network for Mental Health Promotion is designed for everyone involved in any aspect of mental health promotion. Individuals can describe their work, connect with others, and learn what people around the world are doing to promote mental health.



- established at the Department's Laboratory for Foodborne Zoonoses in Guelph, Ontario an antimicrobial resistance surveillance unit of veterinary epidemiologists to assess the human health impact associated with antimicrobial use in the agri-food and aquaculture sectors and to design intervention strategies, in partnership with federal and provincial agencies, and private industry.(Zoonotic diseases are those that can be transferred from animals to humans.)

- established a national public health laboratory forum, in collaboration with provincial health laboratories, to coordinate national laboratory surveillance and establish national emergency response laboratory capacity. This will allow more rapid detection of epidemics of infectious diseases and will establish a laboratory network for responding to infectious disease emergencies and bio-terrorist threats.

- negotiated with the provinces and territories and had approved by the Deputy Ministers of Health and Social Services an implementation plan on early childhood development. This is a first step in the early childhood development agreement that was supported at the First Ministers' Meeting in September 2000.
< http://unionsociale.gc.ca/news/110900_e.html >

Preventative initiatives and practices that have enabled the reduction of illness, disability, injury and/or death. (SO 2.3)

- provided leadership in HIV/AIDS research, surveillance, prevention, care, treatment and support through the Canadian Strategy on HIV/AIDS < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/index.html >.
Examples include:

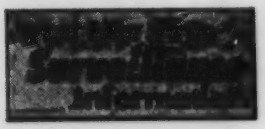
  - provided $8 million for community-based responses to HIV/AIDS through the AIDS Community Action Program (ACAP). ACAP funding enabled the Prisoners AIDS Support Action Network to identify gaps in services for women living with HIV/AIDS and to identify the HIV/AIDS prevention needs of women in prison;

  - collaborated with the Aboriginal Nurses Association of Canada < http:// www.anac.on.ca > to develop a framework on Aboriginal home care which responds to the home care needs of Aboriginal people with HIV/AIDS;

- identified through the efforts of 125 HIV/AIDS experts, 10 broad strategic directions to guide future work at the Strategy's first-ever direction-setting meeting, held in October 2000.

- funded, with $10 million, hepatitis C educational initiatives of non-governmental organizations, prevention programs, hepatitis C research, and the development of clinical guidelines to improve awareness, prevent the spread and impact of hepatitis C, delay progression of the disease, and improve awareness of and access to care, treatment and support. < http://www.healthcanada.ca/hepc > Examples of this work include:
  - development of clinical guidelines by the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada for the reproductive care of women living with hepatitis C < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/careguide.html >;
  - community level work to prevent the spread of hepatitis C, especially among injection drug users;
  - literature review of alternative treatments, a needs assessment for nutritional guidelines, a medical information update for physicians and an information handout for patients.

- established, in cooperation with other federal departments, provinces and territories, and the Canadian Cooperative Wildlife Health Centre, a surveillance system for West Nile virus which identifies West Nile virus in dead birds, mosquitoes, and domestic and wild animals as early as possible so that steps can be taken to reduce the risk of disease in people. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/wnv/index.html >



Improved surveillance capacity, emergency preparedness and response strategies. (SO 2.4)

- undertook the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect in collaboration with all provincial and territorial governments. This is the first comprehensive, population-based study of child abuse and neglect investigated by child welfare authorities in Canada. It provides estimates of national rates of child maltreatment as well as detailed information on the characteristics of the maltreatment, the children, their families, and the perpetrators. This information is important for effective policy and program development for child abuse and neglect prevention, and service delivery to the children and their families. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/maltreat/public_e.html >

- created the National Diabetes Surveillance System (NDSS) to determine the true picture of diabetes in Canada. The overall outcome of the NDSS will be an extensive data source that will provide effective planning and evaluation opportunities toward diabetes prevention/control programs, as well as more precise prevalence and incidence data and projections. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/diabetes/english/whatiscds/components/index.html#ndss >

- developed, through the health surveillance working group, a health surveillance tactical plan to allow public health services across Canada to work together to improve health protection services. For the first time, through the National Health Surveillance Infostructure, there is national commitment on the specific direction to be taken in order to create a comprehensive and cohesive national health surveillance infostructure.

- provided epidemiologic assistance to the provinces and territories, through the Field Epidemiology training program, including substantial participation in the investigation and control of the *E. coli* 0157:H7 outbreak related to contaminated municipal water in Walkerton, Ontario as well as an outbreak of Ebola Hemorrhagic Fever in Uganda for the World Health Organization.

- developed a subscription Web site through the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) which gives "real time" information on disease outbreaks throughout the world. It provides the World Health Organization (WHO) with over 60 percent of the first notifications of disease outbreaks. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/transitn/surveile.html >

- established at the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg Manitoba, in collaboration with the Canadian Food Inspection Agency, the first facility in the world to accommodate both human and animal health facilities at the highest level of biocontainment (Biosafety Level 4).
< http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2000/2000_59e.htm >
The Biosafety Level 4 laboratories permit Canada's research and diagnostic programs to be expanded into crucial new areas such as research into the Ebola virus, Marburg virus and Lassa Fever.

Provided policy direction, technical expertise, incident management, and diagnostic expertise for the viral hemorraghic fever incident in Hamilton, Ontario. The Department's Centre for Emergency Preparedness and Response acted on the existing Canadian contingency plan for viral hemorrhagic fevers and other related diseases in order to contain and investigate the outbreak.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/97vol23/continge/ >

- established a National Enterics Surveillance Program, developed an electronic outbreak-reporting initiative with provinces and territories, established population-based studies on the incidence and causes of enteric illness and possible risk factors, and undertook outbreak investigations at the request of provinces and territories. Enteric infections are bacterial and viral infections of the gastrointestinal tract. Many of these pathogens are transmitted through contaminated food and water, e.g. *E. coli* and *salmonella*.

- established a unique national laboratory capacity for research and surveillance on transmissible spongiform encephalopathies such as Mad Cow Disease and variant Creutzfeldt-Jakob Disease. Research and surveillance are used to better understand and manage the risks associated with the diseases, determine better methods of diagnosis, seek a treatment or cure, and determine policies for prevention.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/bbp/cjd_e.html >

- developed, in collaboration with the provinces, a database for post-transfusion injury surveillance for the rapid detection of emerging threats to the blood supply.

- established a national capacity for laboratory diagnosis and research on hepatitis C and other blood-borne infections and, in collaboration with patient associations and health care providers, further developed a surveillance system to detect emerging blood borne-pathogens. Such a laboratory capacity and surveillance system form the basis of quality surveillance, not only for hepatitis C, but also for any potential, new or re-emerging blood-borne infections in Canada.

- established, at the national microbiology laboratory in Winnipeg, Manitoba, a capacity for "real time" molecular surveillance of infectious diseases, which resulted in the early detection of food-borne outbreaks of *E. coli* and more rapid detection of antimicrobial resistant bacteria.

Challenges to our Performance in 2000

- by creating a new Population and Public Health branch and integrating a broad spectrum of activities to establish a comprehensive and multidisciplinary approach to public health;
- preparing for and dealing with new and re-emerging diseases such as variant Creutzfeldt-Jakob Disease, West Nile Virus, and tuberculosis and ensuring an adequate emergency response capability;
- addressing the National Children's Agenda implementation with provinces/ territories and other collaborators, including the Centres of Excellence for Children's Well-Being.

How will these challenges impact performance, lessons learned, corrective measures taken to improve performance?

- by developing a performance measurement and management model to determine program effectiveness and efficiency, to respond to reporting and accountability requirements, and manage for results.

Service Line B: Health Products and Food

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$154.7	$165.7	$157.4
Revenues	($36.0)	($40.7)	($34.5)
Net expenditures	$118.7	$125.0	$122.9

* This represents 19.4 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Medical Devices' vote netting authority.

The actual spending is $2.1 million lower than total authorities as some activities related to the Sustaining the Federal Health Protection Capacity initiative through Budget 2000 were not fully carried out. Resources will be carried foward to fiscal year 2001-2002 when remaining expenses will be incurred.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

The safety of food, and the safety and efficacy of drugs, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system, through the development and implementation of policies, legislation and regulatory frameworks; and the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, food and natural health products.

C: Context

This service line is responsible for the policies, standards and programs relating to:

- the safety of food, the safety and efficacy of drugs, medical devices, natural health products, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system;
- the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, biologics, food and natural health products.

D: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Protection of Canadians against risk factors related to health products and food. (SO 2.5)
Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food. (SO 2.6)
Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of healthy behaviours and provision of information and tools. (SO 2.7)

- announced the results of the consultations concerning regulatory amendments for nutrition labelling, nutrient content claims and diet-related health claims. The amendments will lead to improved dietary patterns among Canadians, more credible nutrient content claims, more nutrition information, and foods being reformulated to be more nutritious. As a result, the incidence of diet-related chronic diseases will be reduced and thus the health of Canadians improved. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/subjects/food_labelling_and_claims/nutrition_labelling_and_nutrie.html >

- reviewed food additives in bio-engineered foods to ensure their safety and to develop a national standard for labeling foods derived from biotechnology. Through this, it is expected that Canadians will be better informed about foods derived from biotechnology when making choices in their food consumption.

- increased both consumer and industry awareness of microbial hazards associated with raw foods and recommended effective means of handling them through ongoing programs such as the "Fight Bac" campaign. This will help Canadians reduce the levels of risk of illness due to these food-borne pathogens. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/organization/microbial_hazards/fightbac.html >

- revised the policy and related procedures for conducting food safety assessments of the Canadian Food Inspection Agency. This will lead to food safety assessment reports being produced in a more efficient, timely manner to inform Canadians.

- improved pharmaceutical drug review performance through use of the recent recommendations on the drug review and approval process from the Auditor General, the Science Advisory Board and the Consultative Workshop on the Drug Review Process to identify priority areas for action. For example, new drug submission (priority and non-priority) review/approval times have decreased 4-8 percent while generic submission review times have decreased by 19 percent with a significant drop in the backlog. This means new drugs will come to the market sooner, providing Canadians with more choices in making decisions that affect their health.

- worked closely with the provinces and territories to establish the Canadian Council for Donation and Transplantation. The Department helped in developing the Council's mandate, governance structure, terms of reference, and the

Service Line B: Health Products and Food

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$154.7	$165.7	$157.4
Revenues	($36.0)	($40.7)	($34.5)
Net expenditures	$118.7	$125.0	$122.9

* This represents 19.4 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Medical Devices' vote netting authority.

The actual spending is $2.1 million lower than total authorities as some activities related to the Sustaining the Federal Health Protection Capacity initiative through Budget 2000 were not fully carried out. Resources will be carried foward to fiscal year 2001-2002 when remaining expenses will be incurred.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

The safety of food, and the safety and efficacy of drugs, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system, through the development and implementation of policies, legislation and regulatory frameworks; and the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, food and natural health products.

C: Context

This service line is responsible for the policies, standards and programs relating to:

- the safety of food, the safety and efficacy of drugs, medical devices, natural health products, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system;
- the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, biologics, food and natural health products.

D: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Protection of Canadians against risk factors related to health products and food. (SO 2.5)
Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food. (SO 2.6)
Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of healthy behaviours and provision of information and tools. (SO 2.7)

- announced the results of the consultations concerning regulatory amendments for nutrition labelling, nutrient content claims and diet-related health claims. The amendments will lead to improved dietary patterns among Canadians, more credible nutrient content claims, more nutrition information, and foods being reformulated to be more nutritious. As a result, the incidence of diet-related chronic diseases will be reduced and thus the health of Canadians improved. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/subjects/food_labelling_and_claims/nutrition_labelling_and_nutrie.html >

- reviewed food additives in bio-engineered foods to ensure their safety and to develop a national standard for labeling foods derived from biotechnology. Through this, it is expected that Canadians will be better informed about foods derived from biotechnology when making choices in their food consumption.

- increased both consumer and industry awareness of microbial hazards associated with raw foods and recommended effective means of handling them through ongoing programs such as the "Fight Bac" campaign. This will help Canadians reduce the levels of risk of illness due to these food-borne pathogens. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/organization/microbial_hazards/fightbac.html >
- revised the policy and related procedures for conducting food safety assessments of the Canadian Food Inspection Agency. This will lead to food safety assessment reports being produced in a more efficient, timely manner to inform Canadians.
- improved pharmaceutical drug review performance through use of the recent recommendations on the drug review and approval process from the Auditor General, the Science Advisory Board and the Consultative Workshop on the Drug Review Process to identify priority areas for action. For example, new drug submission (priority and non-priority) review/approval times have decreased 4-8 percent while generic submission review times have decreased by 19 percent with a significant drop in the backlog. This means new drugs will come to the market sooner, providing Canadians with more choices in making decisions that affect their health.
- worked closely with the provinces and territories to establish the Canadian Council for Donation and Transplantation. The Department helped in developing the Council's mandate, governance structure, terms of reference, and the

process for indemnifying, nominating and selecting Council members. The goal of the Council is to improve organ and tissue donation and transplantation in Canada by directing a coordinated and comprehensive national strategy.

- established the Canadian Medical Device Conformity Assessment System to support the quality system provisions of the Medical Devices Regulations. This provides for recognition by Health Canada of the third party registrars responsible for auditing medical device manufacturers' quality systems and the issuance of the attestation required as objective evidence of their compliance to the requirements. This new efficient and cost-effective audit system is expected to improve the quality and safety of medical devices manufactured for the Canadian market.

Did you know that ...?

Health Canada developed risk management strategies for a number of important food hazards related to the food supply, e.g.

- *Cyclospora* in fresh Guatemalan raspberries.
- Pathogens in raw foods of animal origin.
- *Salmonella* and *E. coli* O157:H7 in sprouted seeds and beans.
- *E. coli* O157:H7 in unpasteurized juice and cider.

Such activities will increasingly enhance Canadians' confidence in our food safety system.

- published regulatory amendments and developed and implemented a guideline that details the safety and effectiveness of data requirements to change a drug from prescription to non-prescription status. This will ensure that Canadians have more choice in their self-medication products.
- collaborated with Canadian experts and provincial partners to strengthen the surveillance of the effectiveness of drugs available on the Canadian market. The outcomes of these efforts will contribute to improving benefits and reducing risks of therapeutic drug use in targeted populations.
- using expert working groups on blood standards and on safety of tissues and organs, developed standards for the safety of blood, tissues and organs. The Canadian Standards Association will transform these into national standards. Regulatory frameworks are being developed around the standards, and once in place, they will serve to enhance the safety of the blood supply and tissues and organs used for transplantation.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/advcomm_eacblood.html >
- promoted the use of the national nutrition guidelines - *Nutrition for a Healthy Pregnancy, National Guidelines for the Childbearing Years* and *Nutrition for Healthy Term Infants* through advertisements in journals used by health professionals. Using these guidelines will improve the health of women in their childbearing years, as well as increase healthy birth outcomes and healthy child development in Canada.

< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/nutrition/pube/pregnancy/e_index.html > and < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/homepage/nutrition/index.html >

- developed draft legislation on natural health products, consulted and obtained input from stakeholders and the Canadian public for further development. When completed, the regulations will allow the Department to evaluate natural health products with a set of criteria that will distinguish them from food or drugs. This will provide Canadian consumers with enhanced access and the choice of a full range of natural health products, along with an assurance of safety and quality.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/phase2_e.html >
- developed in partnership with the Canadian Institutes of Health Research, training programs for natural health products researchers who will provide evidence for the use of the products.
- established an Expert Advisory Committee to provide advice to the Department on the safety and health claims associated with natural health products. This will ensure that Canadians can make informed choices when using these products.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/eac_e.html >

Challenges to our Performance in 2000

Our performance was affected by a number of factors including:

- rapidly increasing complexity of science and technology (e.g. new biotechnology products, pharmaceutical advances);
- public demand for greater risk-assessment of transmissible spongiform encephalopathy (TSE) and bovine spongiform encephalopathy (BSE) to ensure that animal source products are safe and that the transmission of diseases does not occur;
- public pressure for faster approvals of new drugs and new medical devices while ensuring their safety and efficacy.

Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$140.7	$152.5	$147.4
Revenues	($3.4)	($9.1)	($6.9)
Net expenditures	$137.3	$143.4	$140.5

* This represents 22.2 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Occupational Health and Safety vote netting authority.

The actual spending is $2.9 M lower than authorities mainly resulting from:

- setting aside of funds to cover the costs of employee benefit plan and accommodation charges related to the Environmental Health Initiative;
- delays in some activities related to the Controlled Drugs Initiative.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/index.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and to ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

C: Context

This service line promotes healthy living, working, and recreational environments, and reduces the harm caused by tobacco, alcohol, controlled substances, environmental contaminants, and unsafe consumer and industrial products.

D: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products, new chemical substances and products of biotechnology. (SO 2.8)

- prevented adverse health effects from exposure to new chemicals by imposing controls on four new chemicals and invoking the Significant New Activity provisions of the new *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)* on two chemicals.
- reviewed the results of a cyclical match survey which revealed that 50 per cent of the tested matches were not in compliance with the *Hazardous Products Act* (Matches) Regulations, and developed an action plan to provide more comprehensive protection against fire and injury to Canadians.

Assessed over 500 new and 130 transitional chemicals and biotechnology substances to determine the risk posed to the general public as part of a pollution prevention strategy in the management of environmental hazards and risks to health.

- developed a number of highly advanced analytical laboratory methods which permit detection of hazardous substances at very low concentrations in jewellery, toys, small figurines, and modelling clay.
- increased consumer protection by:
  - reducing the number of unsafe devices that emit radiation and other hazardous household products by inspecting Canadian and imported goods, safety testing of products, examining manufacturing facilities, and by educating the public about the use of household products; < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/psb/index.htm >
  - enforcing the requirements of the *Hazardous Products Act* related to mattresses, kettles, carriages, infant strollers and cribs safety.
- signed a Memorandum of Understanding (MOU) with the Government of China to begin the process for ensuring the safety of lighters imported to Canada. The MOU is intended to resolve problems on a global scale with one of Canada's major trading partners where non-compliance with Canadian regulations has been evident.

A crib Testing Apparatus

Service Line C: Healthy Environments and Consumer Safety

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$140.7	$152.5	$147.4
Revenues	($3.4)	($9.1)	($6.9)
Net expenditures	$137.3	$143.4	$140.5

* This represents 22.2 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Occupational Health and Safety vote netting authority.

The actual spending is $2.9 M lower than authorities mainly resulting from:

- setting aside of funds to cover the costs of employee benefit plan and accommodation charges related to the Environmental Health Initiative;
- delays in some activities related to the Controlled Drugs Initiative.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/index.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and to ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

C: Context

This service line promotes healthy living, working, and recreational environments, and reduces the harm caused by tobacco, alcohol, controlled substances, environmental contaminants, and unsafe consumer and industrial products.

D: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products, new chemical substances and products of biotechnology. (SO 2.8)

- prevented adverse health effects from exposure to new chemicals by imposing controls on four new chemicals and invoking the Significant New Activity provisions of the new *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)* on two chemicals.

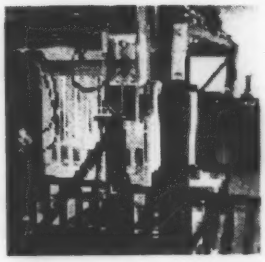
- reviewed the results of a cyclical match survey which revealed that 50 per cent of the tested matches were not in compliance with the *Hazardous Products Act* (Matches) Regulations, and developed an action plan to provide more comprehensive protection against fire and injury to Canadians.

Assessed over 500 new and 130 transitional chemicals and biotechnology substances to determine the risk posed to the general public as part of a pollution prevention strategy in the management of environmental hazards and risks to health.

- developed a number of highly advanced analytical laboratory methods which permit detection of hazardous substances at very low concentrations in jewellery, toys, small figurines, and modelling clay.

- increased consumer protection by:
  - reducing the number of unsafe devices that emit radiation and other hazardous household products by inspecting Canadian and imported goods, safety testing of products, examining manufacturing facilities, and by educating the public about the use of household products; < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/psb/index.htm >
  - enforcing the requirements of the *Hazardous Products Act* related to mattresses, kettles, carriages, infant strollers and cribs safety.

- signed a Memorandum of Understanding (MOU) with the Government of China to begin the process for ensuring the safety of lighters imported to Canada. The MOU is intended to resolve problems on a global scale with one of Canada's major trading partners where non-compliance with Canadian regulations has been evident.



A crib Testing Apparatus

- developed a climate change and health strategic framework and communications strategy in partnership with provincial and territorial governments to assess the potential risks to health and well-being from the impacts of climate change.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/climate/index.htm >

- researched and assessed the impact of particulate matter, ozone and other air pollutants on human health, discovering for example, that inhaling such small particles could affect individuals with heart conditions. This, and other research, increased our understanding of air pollution risks to the health of Canadians.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/air_quality/index.htm >

- assessed and analyzed the toxicity of priority substances/ chemicals that may harm or affect human health and the environment as mandated under the *Canadian Environmental Protection Act*. This is an important step for the development of eventual control measures to protect human health and enhance the environment.

Provided radiation exposure measurements for more than 90,000 Canadian workers to assist them to work safely with nuclear technologies.
< http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/rpb/index.htm >

- assessed studies on the health impacts of ground-level ozone, concluding that current levels of this pollutant were responsible for the premature mortality of Canadians. This research contributed to the signing of the Canada-US Air Quality Agreement which will lead to reductions in exposure to ground-level ozone, thereby improving air quality for Canadians.

- updated and revised chemical and microbiological Drinking Water Guidelines and material standards in collaboration with provincial and territorial governments, water industries and associations, and standards organizations.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/bch/water_quality.htm >

- demonstrated global leadership by participating in the preparation of the first World Health Organization (WHO) *Guidelines for Safe Recreational Water Environments* publication.
  < http://www.who.int/water_sanitation_health/Water_quality/recreat2.htm >

- adopted the Occupational Health and Safety Management System as a best practice in conducting operations, leading to more accurate assessments of the risks to Canadians for workplace injury.

- completed the development of a voluntary compliance program with the national flight kitchens to ensure the safety of the 27 million meals served on airlines in Canada.

- increased awareness of the benefits of comprehensive workplace health for all Canadians through consultations, national conferences and presentations.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsi.htm >

Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other substances (SO 2.9)

- consulted the public on the regulation of precursor chemicals with a Notice of Intent, published on March 24, 2001, in the *Canada Gazette*, Part I. This is a key initial step towards reducing the production of illicit drugs worldwide.
- signed an agreement with the Community Research Initiative of Toronto to assist in analyzing the efficacy and safety of marijuana in patients living with HIV/AIDS.
- completed a study and developed recommendations on how to rationalize the national drug analysis service to increase efficiency and provide greater value-added service to drug enforcement initiatives.
- improved permit processing and tracking procedures to handle an increased volume of applications under the *Controlled Drugs and Substances Act*. This will ensure the timely issuance of import and export permits for the legal supply of controlled drugs, while reducing their potential diversion for illicit use.

- provided leadership and coordination of Canada's Drug Strategy < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/dscs.htm > to reduce the harm associated with alcohol and other drugs to individuals, families, and communities by:
  - undertaking activities such as establishing a National Advisory Committee on Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects (FAS/FAE);
  - developing a multi-stakeholder consensus working paper on injection drug use;
  - completing Canada's response to the first implementation round of the Multilateral Evaluation Mechanism;
  - publishing *Straight Facts About Drugs and Drug Abuse*. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/publications/index.html >

- identified best practices in substance abuse treatment and rehabilitation and facilitated the uptake of knowledge based on these to improve the effectiveness of substance abuse treatment and rehabilitation across Canada through partnerships with provinces and territories.

- provided leadership and coordination in the development of a renewed Federal Tobacco Control Strategy involving five departments to ensure continued commitment to an integrated and comprehensive approach to tobacco control so as to reduce health risks to Canadians. Strong measurable objectives were established through consultation with non-governmental organizations (NGOs), provinces, territories, and other federal departments. < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2001/tobaccotax_2001ebk.htm >

- contributed to achieving the lowest level in Canadian smoking prevalence since 1965 for the population 15 years and over, an overall outcome that can be attributed to a wide variety of activities such as regulation, enforcement, prevention and education pursued over the last few years under the federal tobacco control initiative and various provincial, municipal, and NGO initiatives.
- enacted the Tobacco Products Information Regulations and the Tobacco Reporting Regulations to give Canadians a better understanding of the risks associated with the use of tobacco products and to ensure that manufacturers report on the chemicals found in tobacco and smoke.
- conducted monitoring activities under the *Tobacco Act* resulting in 69 percent retailer compliance, thereby helping to reduce the prevalence of youth smoking.
- amended the Health Canada Web site to include an integrated self-help tobacco cessation program, along with information pertaining to the health impacts of smoking and exposure to environmental tobacco smoke.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cessation/index.html >

Challenges to our Performance in 2000

Our performance was affected by a number of factors including:

- the need to develop the organization as a result of the Department's realignment. This involved the assessment, rejuvenation and strengthening of our organizational and management structure and processes in order to improve services to Canadians; to collaborate more effectively with our internal and external partners; and to strengthen our ability to work in a cohesive and innovative manner.
- rapidly increasing demand for research and advisory services to promote healthy living, working and recreational environments, and reduce the harm caused by tobacco, alcohol, controlled substances, environmental contaminants, and unsafe consumer and industrial products.

Following Health Canada's reorganization, the newly created Healthy Environments and Consumer Safety (HECS) branch needed to re-allocate resources to build its organizational structure and to strengthen the national scope of its programmes in such a way so as to maintain its client service focus and current levels of service. To begin implementing a full, national programme structure, across all of Health Canada's regions, HECS branch and the Regional Directors General are developing a HECS/Regional Framework Agreement to define roles and responsibilities, accountabilities, organizational structures and management, planning, resource allocation and service delivery processes and requirements to effectively deliver national programs locally. This important agreement is expected to be completed by the end of November 2001.

To develop essential organizational capacity, HECS launched a strategic directions initiative in February 2001, aimed at building capacity across the branch in support of its five programmes. The following strategic priorities were identified and are being addressed:

- enhancing the branch's science capacity;
- strengthening its capacity to translate science into action;
- building management capacity;
- pursuing partnerships and public engagement;
- creating a healthy, supportive workplace.

These are long-term initiatives with short and medium-term goals introduced on an annual basis to address the most pressing capacity and infrastructure needs of the new branch.

Service Line D: Pest Management Regulation

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$21.0	$30.2	$29.5
Revenues	($0.2)	($7.0)	($7.0)
Net expenditures	$20.8	$23.2	$22.5

* This represents 3.5 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Pest Management Regulation vote netting authority.

The actual spending is $700K lower than total authorities mainly resulting from setting aside of funds to cover the costs of employee benefit plan and accommodation charges related to the Environmental Health Initiative.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca./pmra-arla/english/index-e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

Protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Safe and effective pest control products. (SO 2.10)
Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations. (SO 2.11)
Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides. (SO 2.12)

- increased efficiency by 2 percent in review of submissions for new products since last year, showing a 25 percent increased efficiency since 1997, and streamlined data submission processes by using the world's first electronic pesticide submission in a PDF/Web-browser format providing greater access to

Service Line D: Pest Management Regulation

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$21.0	$30.2	$29.5
Revenues	($0.2)	($7.0)	($7.0)
Net expenditures	$20.8	$23.2	$22.5

* This represents 3.5 percent of the Business Line's actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of Pest Management Regulation vote netting authority.

The actual spending is $700K lower than total authorities mainly resulting from setting aside of funds to cover the costs of employee benefit plan and accommodation charges related to the Environmental Health Initiative.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca./pmra-arla/english/index-e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

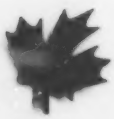
B: Objective

Protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Safe and effective pest control products. (SO 2.10)
Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations. (SO 2.11)
Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides. (SO 2.12)

- increased efficiency by 2 percent in review of submissions for new products since last year, showing a 25 percent increased efficiency since 1997, and streamlined data submission processes by using the world's first electronic pesticide submission in a PDF/Web-browser format providing greater access to



new technologies for Canadians. Achieving the rest of the target, a 40 percent efficiency gain, is contingent on industry using the new electronic submission format and full implementation of the joint review process.

- approved two reduced-risk pesticide products and continued work on four proposed reduced-risk pesticides. Reduced-risk pesticides pose low potential risk to human health and the environment, compared to conventional pesticides. The PMRA gives priority to jointly reviewed reduced-risk products to give producers access to the latest technology while promoting sustainable pest management and reducing potential risks to human health and the environment.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/reg-e.html >

- provided access to alternatives to lindane, which is being phased out due to environmental concerns. Lindane is a persistent organic pesticide which has the potential for long range transport and widespread occurrence in the environment. Providing alternatives will lower environmental impacts and reduce transboundary air pollution.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/sra/sra9901-e.pdf >

- finalized the guidelines to the re-evaluation program and published a Regulatory Directive, 2001-03 PMRA Re-evaluation Program, incorporating comments on the regulatory proposal. The goal is to re-evaluate all technical active ingredients and active ingredients in end-use products registered prior to December 31, 1994, harmonizing and coordinating the time line for completion with the US Environmental Protection Agency.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/dir/dir2001-03-e.pdf >

- removed pesticides that pose a risk to health and the environment through the re-evaluation program. To date, re-evaluation of organophosphorus pesticides has resulted in discontinuation of fonofos and phase-out of indoor residential and commercial uses of diazinon. Numerous other actions are pending.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/rev-e.html >

- provided Canadians with the information to make environmentally sound decisions on lawn care by developing a Healthy Lawns strategy and a Healthy Lawns Web site in partnership with provincial and territorial governments.
  < http://www.healthylawns.net >

- developed an Action Plan for Urban Use Pesticides, including plans for the registration of new reduced-risk products and a priority re-evaluation of lawn and turf uses of the most commonly available insecticides and herbicides. This three pronged approach will help Canadians reduce urban pesticide reliance.

- refined proposals for new pesticide legislation in light of recommendations from the House of Commons Standing Committee on the Environment and Sustainable Development and continued to develop regulations in anticipation of a new *Pest Control Products Act*. The new Act should provide Canadians with a more open and transparent regulatory system, including disclosure of information, and make health and environmental protection a priority.

- established guidelines for a formulants policy to ensure all ingredients, not just the active ingredient, are assessed to protect human health and the environment and to harmonize with the US Environmental Protection Agency policy on formulants. Public comments have been addressed during the preparation of the final directive on the formulants policy which will be released in the near future. < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/pro/pro2000-04-e.pdf >

Conducted over 1,700 investigations, consultations and inspections, supported by approximately 1,100 laboratory analyses. Six prosecutions were successfully completed. Extensive investigations by the PMRA help ensure the proper use of pesticides, thus protecting the safety of the food supply and the environment.

- finalized the guidance document on dossiers and monographs for chemical pesticides with the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) Working Group on Pesticides - Canada has already received six submissions in this format. This facilitates pesticide registration by minimizing duplication of effort by governments and industry.
  < http://www.oecd.org/ehs/PestGD01.htm >
- harmonized and documented regulatory processes through the North American Free Trade Agreement (NAFTA) Technical Working Group on Pesticides, *Status of Harmonization of Data Requirements and Test Protocols for Pesticide registration - Environmental Fate,* mapping out the substantial areas of agreement between Canada and the US in the area of environmental fate data requirements and test protocols.
- finished a joint re-evaluation of chlorpyrifos with the US Environmental Protection Agency with resulting use limitation. Limiting certain uses of chlorpyrifos is to ensure the maximum protection for children against possible risk. < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/rev-e.html >
- implemented the use of additional safety factors for sensitive sub-populations as part of movement to more stringent health-based safety factors, in line with the US *Food Quality Protection Act*. For example, an additional ten-fold safety factor was used in the risk assessment of chlorpyrifos noted above, in order to protect children.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/rev-e.html >
- explained risk assessment and risk management procedures used by the PMRA in regulatory decision-making. This Decision Framework guides how the Agency determines the magnitude of risks posed by pesticides to human health and the environment and develops appropriate and effective risk management strategies.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/spn-e.html >

- implemented working approaches for increased scrutiny of the pesticide product database for evidence of endocrine disruption and applied additional safety factors as warranted. Since large quantities of endocrine disrupting chemicals are present in the environment and cumulative exposure can effect hormones and development, controlling their presence is a priority.

- used voluntarily-submitted sales data to test analysis and reporting systems and improve technical aspects of data collection. Development of a proposed regulation to require all registrants to submit annual sales data continues. The collection of pesticide sales data will facilitate better estimates of pesticide exposure to humans and the environment.

- contributed to the Marine Environmental Protection Committee of the International Maritime Organization in discussions to phase out the use of tin antifouling paints used on ship hulls. There is international agreement that tin is harmful to the marine environment and therefore the discussions are aimed at developing an international convention which will create obligations for signatories to stop using tin paints by 2003 and ensure such paint is removed from Canadian flag ships no later than 2008.

Business Line 3: First Nations and Inuit Health

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$1,298.9	$1,275.6	$1,273.7
Revenues	($9.1)	($9.1)	($7.2)
Net expenditures	$1,289.8	$1,266.5	$1,266.5

* This represents 54.6 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to the funds for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration business line.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/ >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

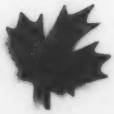
B: Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within a context of First Nations and Inuit autonomy and control and in collaboration with the provinces and territories.

C. Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. (SO 3.1)

Improving First Nations and Inuit peoples' health and reducing the health inequalities between them and other Canadians is a key commitment of this government. Health Canada has maintained and introduced a number of initiatives and programs aimed at addressing significant health issues and health service gaps among First Nations and the Inuit. Major gains have been achieved over the last 20 years: infant mortality has dropped by half and life expectancy has



increased by 10 years since 1979. However, the gap in health and well-being between First Nations and Inuit and the average Canadian remains wide. Among the various initiatives put in place to narrow the gap, Health Canada has:

During 2000-2001, Aboriginal Head Start On-Reserve funded 168 projects serving more than 7,700 children.

- supported First Nations and Inuit communities to better deal with problems of alcohol and drug abuse among their people by providing treatment capacity through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and the Youth Solvent Abuse Treatment Program. The NNADAP treatment centres provided services to 4,616 clients and the Youth Solvent Abuse Treatment Program provided treatment to approximately 208 youth during the 2000-2001 fiscal year. The NNADAP and Solvent Abuse Program made excellent progress towards improving quality of care and the addictions information system:
  - completed an accreditation process for treatment standards in the NNADAP and Youth Solvent Abuse Treatment Program. Five centres became the first treatment programs to be accredited in Canada and 23 more centres have registered to be accredited;
  - completed the design for the Substance Abuse Information System with development scheduled for fall 2001.
- improved living conditions and incentives for nurses in isolated settings; introduced a baccalaureate nursing student support program and a nursing internship program to alleviate the nursing shortage and to provide highly trained nursing professionals who are needed to deliver community health programs. Also developed nursing pharmacy standards, clinical guidelines for nursing practice, self-assessment tools and self-study guides to ensure nurses maintain high professional skill levels.
- awarded a new contract for the National School of Dental Therapy in Prince Albert, Saskatchewan to the Saskatchewan Indian Federated College. The contract will

Developed two Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) program frameworks, one for the First Nations on-reserve and Inuit living in Inuit communities and the other for Métis, off-reserve Aboriginal and urban Inuit for prevention and promotion programs that will harmonize diabetes health care delivery. The ADI program was implemented in all of the 8 First Nations and Inuit Health Branch Regions and 16 ADI off-reserve projects were funded. An evaluation of the program concluded that the participants were able to identify improvements in diabetes services, that there was an increase in community awareness, skill and knowledge and that some lifestyle changes had occurred to improve diabetes management.

Business Line 3: First Nations and Inuit Health

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$1,298.9	$1,275.6	$1,273.7
Revenues	($9.1)	($9.1)	($7.2)
Net expenditures	$1,289.8	$1,266.5	$1,266.5

* This represents 54.6 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to the funds for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration business line.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/ >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within a context of First Nations and Inuit autonomy and control and in collaboration with the provinces and territories.

C. Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. (SO 3.1)

Improving First Nations and Inuit peoples' health and reducing the health inequalities between them and other Canadians is a key commitment of this government. Health Canada has maintained and introduced a number of initiatives and programs aimed at addressing significant health issues and health service gaps among First Nations and the Inuit. Major gains have been achieved over the last 20 years: infant mortality has dropped by half and life expectancy has

increased by 10 years since 1979. However, the gap in health and well-being between First Nations and Inuit and the average Canadian remains wide. Among the various initiatives put in place to narrow the gap, Health Canada has:

During 2000-2001, Aboriginal Head Start On-Reserve funded 168 projects serving more than 7,700 children.

- supported First Nations and Inuit communities to better deal with problems of alcohol and drug abuse among their people by providing treatment capacity through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and the Youth Solvent Abuse Treatment Program. The NNADAP treatment centres provided services to 4,616 clients and the Youth Solvent Abuse Treatment Program provided treatment to approximately 208 youth during the 2000-2001 fiscal year. The NNADAP and Solvent Abuse Program made excellent progress towards improving quality of care and the addictions information system:
  - completed an accreditation process for treatment standards in the NNADAP and Youth Solvent Abuse Treatment Program. Five centres became the first treatment programs to be accredited in Canada and 23 more centres have registered to be accredited;
  - completed the design for the Substance Abuse Information System with development scheduled for fall 2001.

- improved living conditions and incentives for nurses in isolated settings; introduced a baccalaureate nursing student support program and a nursing internship program to alleviate the nursing shortage and to provide highly trained nursing professionals who are needed to deliver community health programs. Also developed nursing pharmacy standards, clinical guidelines for nursing practice, self-assessment tools and self-study guides to ensure nurses maintain high professional skill levels.

Developed two Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) program frameworks, one for the First Nations on-reserve and Inuit living in Inuit communities and the other for Métis, off-reserve Aboriginal and urban Inuit for prevention and promotion programs that will harmonize diabetes health care delivery. The ADI program was implemented in all of the 8 First Nations and Inuit Health Branch Regions and 16 ADI off-reserve projects were funded. An evaluation of the program concluded that the participants were able to identify improvements in diabetes services, that there was an increase in community awareness, skill and knowledge and that some lifestyle changes had occurred to improve diabetes management.

- awarded a new contract for the National School of Dental Therapy in Prince Albert, Saskatchewan to the Saskatchewan Indian Federated College. The contract will

enhance the dental program by providing graduates with the latest professional skill sets and oral therapy training within the various First Nations and Inuit communities.

A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. (SO 3.2)

- expanded the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) in approximately 500 First Nations and Inuit communities representing approximately 7,000 births per year. As a result, more women were reached earlier in their pregnancy and for a longer period of time post partum (to 12 months post partum versus 6 months) with a greater depth of services and activities provided at all stages. In the long-term, this will lead to healthier birth outcomes and improved maternal and infant health.

- developed a National Framework for First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects Initiative with front line workers and communities. Ten FAS/FAE prevention projects were implemented in both First Nations and Inuit communities.

- developed:
  - networks that provide information sharing and support to front line community mental health workers;
  - Web site materials and promotional resources and produced a Web-based documentary for mental health issues relating to Aboriginal youth. < http://www.ayn.ca/health/ >

Approximately 700 First Nations and Inuit communities are eligible to access the Home and Community Care (HCC) program which is being developed over a three year period. To date, over 75% of these communities have completed the home care program needs assessments with 40% of the communities having finalized program service delivery plans and 23% of the eligible communities actually providing services. Throughout the planning stages, strong linkages have been made with provincial and private sector health care providers. Significant investments have been made in both training ($12M) and capital ($28M) to build the human and physical infrastructure for this new program. Nine First Nations and Inuit home care projects were completed under the Health Transition Fund and an independent evaluation concluded that there was a need for new, improved and/or expanded home care services using as the foundation the essential services identified in the HCC Framework. To foster the sharing and exchange of program materials developed across the country, a Web page and bulletin board has been established.
< http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/chp/fnihccp/index.htm >

- funded the development of the National Aboriginal Council on HIV/AIDS which includes youth, elders, and community leaders. This has resulted in a coordinated approach to program delivery within First Nations and Inuit communities. An Inuit HIV/AIDS Network has also been established and is working towards the transfer of responsibility for HIV/AIDS and sexual/ reproductive health to regional Inuit health authorities giving communities more control and responsibility over the delivery of essential health care services to their people.

Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people that are integrated with provinces' and territories' health services. (SO 3.3)

Health Canada works with provinces and territories to provide a full range of health services to First Nations and Inuit. These services are focused on the provision of community public health: prevention of communicable disease, environmental health and water safety; health promotion and prevention including AIDS and diabetes programs; some primary health care through various types of health facilities; addiction services and extended health benefits. Health services are delivered by over 800 nurses and 700 community health workers. Health Canada has implemented various initiatives to continue to improve access and availability of quality health services:

- expanded the provision of health care and nursing services to include health assessment, diagnostic and therapeutic interventions, family health, health promotion, illness and injury prevention and community development to 614 First Nations communities;
- provided access to a range of medically necessary health benefits and services that supplement private or provincial/territorial health

Health care services to First Nations and Inuit communities are delivered through the following health facilities often located in isolated and remote sites throughout Canada:

Facility Type	Number
Nursing Stations	74
Health Centres	214
Health Stations	121
Health Offices	60
Hospitals	4
National Native Alcohol and Drug Abuse Program Treatment Centres	54
Youth Solvent Abuse Facilities	9
Total	**536**

enhance the dental program by providing graduates with the latest professional skill sets and oral therapy training within the various First Nations and Inuit communities.

A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. (SO 3.2)

- expanded the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) in approximately 500 First Nations and Inuit communities representing approximately 7,000 births per year. As a result, more women were reached earlier in their pregnancy and for a longer period of time post partum (to 12 months post partum versus 6 months) with a greater depth of services and activities provided at all stages. In the long-term, this will lead to healthier birth outcomes and improved maternal and infant health.

- developed a National Framework for First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects Initiative with front line workers and communities. Ten FAS/FAE prevention projects were implemented in both First Nations and Inuit communities.

- developed:
  - networks that provide information sharing and support to front line community mental health workers;
  - Web site materials and promotional resources and produced a Web-based documentary for mental health issues relating to Aboriginal youth. < http://www.ayn.ca/health/ >

Approximately 700 First Nations and Inuit communities are eligible to access the Home and Community Care (HCC) program which is being developed over a three year period. To date, over 75% of these communities have completed the home care program needs assessments with 40% of the communities having finalized program service delivery plans and 23% of the eligible communities actually providing services. Throughout the planning stages, strong linkages have been made with provincial and private sector health care providers. Significant investments have been made in both training ($12M) and capital ($28M) to build the human and physical infrastructure for this new program. Nine First Nations and Inuit home care projects were completed under the Health Transition Fund and an independent evaluation concluded that there was a need for new, improved and/or expanded home care services using as the foundation the essential services identified in the HCC Framework. To foster the sharing and exchange of program materials developed across the country, a Web page and bulletin board has been established.
< http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/chp/fnihccp/index.htm >

- funded the development of the National Aboriginal Council on HIV/AIDS which includes youth, elders, and community leaders. This has resulted in a coordinated approach to program delivery within First Nations and Inuit communities. An Inuit HIV/AIDS Network has also been established and is working towards the transfer of responsibility for HIV/AIDS and sexual/ reproductive health to regional Inuit health authorities giving communities more control and responsibility over the delivery of essential health care services to their people.

Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people that are integrated with provinces' and territories' health services. (SO 3.3)

Health Canada works with provinces and territories to provide a full range of health services to First Nations and Inuit. These services are focused on the provision of community public health: prevention of communicable disease, environmental health and water safety; health promotion and prevention including AIDS and diabetes programs; some primary health care through various types of health facilities; addiction services and extended health benefits. Health services are delivered by over 800 nurses and 700 community health workers. Health Canada has implemented various initiatives to continue to improve access and availability of quality health services:

- expanded the provision of health care and nursing services to include health assessment, diagnostic and therapeutic interventions, family health, health promotion, illness and injury prevention and community development to 614 First Nations communities;
- provided access to a range of medically necessary health benefits and services that supplement private or provincial/territorial health

Health care services to First Nations and Inuit communities are delivered through the following health facilities often located in isolated and remote sites throughout Canada:

Facility Type	Number
Nursing Stations	74
Health Centres	214
Health Stations	121
Health Offices	60
Hospitals	4
National Native Alcohol and Drug Abuse Program Treatment Centres	54
Youth Solvent Abuse Facilities	9
Total	**536**

insurance plans. These non-insured health benefits are appropriate to the First Nations and Inuit peoples' unique health needs and they contribute to the improvement of their health status;

- trained dental therapists in Alberta to teach nurses and community health representatives in the methods of fluoride varnish application for infants and toddlers to address serious early childhood tooth decay and conducted education and prevention pilot projects aimed at school children from kindergarten through grade six;

- established a Joint Committee with the Assembly of First Nations (AFN) and the Inuit Tapirisat of Canada (ITC) to confirm their partnership on renewal. This partnership forms the foundation upon which to develop a renewed system for First Nations and Inuit health and a mechanism to support that relationship. Together, the Committee is undertaking to explore the following components of renewal:
  - Primary Health Care
  - Health Human Resources
  - Health Promotion and Wellness
  - Health Information, Technology and Infrastructure Development
  - Non-Insured Health Benefits Management
  - Governance and Accountability
  - Indicators and Reporting
  - Policy and Relationship

- implemented the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) in approximately 63 percent of the targeted sites servicing 68 percent of First Nations communities. This electronic system offers communities the ability to gather data to support delivery of health care and preventative services as well as planning and evaluation. Integration of the FNIHIS has been piloted with provincial public health information systems. This integration will improve the safety and effectiveness of patient health care by, for example, identifying potentially conflicting treatment therapies and providing a comprehensive patient record.

- implemented five project sites (La Romaine, QC, Berens River, MB, Southend, SK, Fort Chipewyan, AB, Anahim Lake, BC) providing telehealth services such as mental health, diabetes prevention and monitoring, and dermatology. Telehealth services were well received and improved access to quality health services for patients in their community.

- In collaboration with the Province of Newfoundland and Labrador, Health Canada provided immediate access to detoxification, stabilization, assessment, and appropriate treatment of gas-sniffing Innu children from Davis Inlet and Sheshatshiu. Health Canada collaborated with Indian and Northern Affairs, Solicitor General's Office, the Province of Newfoundland and Labrador, and the Labrador Innu to develop long-term solutions to Innu health and social problems.

Improved management and accountability in partnership with First Nations and Inuit for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program. (SO 3.4)

Health Canada works in partnership with First Nations and Inuit towards sustainable and accountable programming. A special focus is given to transfer of knowledge and increased capacity among First Nations and Inuit.

- implemented the First Nations and Inuit Health Accountability Framework under a newly established office. It will enable First Nations and Inuit and the Department to better demonstrate results on investments in programs and services, identify gaps in service, improve the capacity to deliver services, measure performance and improve overall management practices. As a result:

  As of March 31, 2001, 81% of First Nations and Inuit communities have assumed greater responsibility for their health care resources through 332 health funding agreements.

  - a framework was developed for the introduction of a comprehensive Community Health Plan for First Nations communities which will be tested through demonstration projects and explored various types of management and control models explored. Results of these demonstration projects and exploratory models will provide the basis for future management and control frameworks for First Nations and Inuit control of health services;
  - a Compendium of all Programs and a comprehensive Planning Model was developed and implemented;
  - an Evaluation Framework for First Nations and Inuit programs was produced;
  - a new Management Control Framework and standardized contribution agreements were developed to improve accountability practices and to strengthen management practices.

- developed management approaches through the Territorial Wellness Strategy with territorial governments and territorial First Nations and Inuit groups. This strategy will result in improved service delivery and a reduction in the administrative burden put on small territorial communities delivering health promotion programs.

- provided a range of medically necessary health related goods and services through the Non-Insured Health Benefits Program (NIHB). This program supplements benefits provided through other private, federal or provincial programs, to over 700,000 eligible First Nations and Inuit clients regardless of residence in Canada. NIHB benefits include drugs, dental care, vision care,

medical supplies and equipment and transportation to access medical services and crisis mental health counselling. In an attempt to deliver the most cost-effective and efficient services:

In fiscal year 2000-01, 8.634M drugs and .422M medical supply and equipment prescriptions and 1.932M dental claims were processed under the NIHB program.

- completed the transition to the new Health Information Claims Processing System and defined the requirements for electronic submission of dental claims;
- enabled all pharmacy providers to verify the client, benefit and receive drug interaction information prior to dispensing by submitting pharmacy claims through point-of-sale (POS). POS generated 280,000 warning messages leading to 182,000 prescriptions not being filled;
- implemented medical supply and equipment benefit review and new delivery mechanisms;
- implemented four components of the NIHB audit framework resulting in greater ability to detect billing irregularities and recover overpayments;
- conducted a total of 150 on-site audits in fiscal years 1999-2000 and 2000-2001. For fiscal year 2001-2002 and each subsequent year, a minimum of 140 on-site audits will be completed. The audit findings have led to terminating billing privileges for selected health service providers, as well as referring other providers to their regulatory bodies for further review and action;

- implemented a comprehensive health service provider profiling system. All providers billing the program are reviewed against a series of profiling tests that detect fraudulent practice patterns and appropriate follow-up activities are determined and implemented;
- developed additional cost management measures such as maximum allowable amounts and the expansion of the limited-use drug category. There are now 28 drugs listed as limited-use.

Business Line 4: Information and Knowledge Management

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Net expenditures	$143.3	$131.8	$126.7

* This represents 5.5 percent of the Department's actual spending.

Decreases between planned spending and authorities are mainly due to the reprofiling of the Canadian Health Infostructure Partnership Program initiative.

The actual spending is $5.1 million lower than total authorities mainly resulting from delays in national and regional integration and in the staffing of education managers for the Canadian Health Infostructure.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/english/main_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

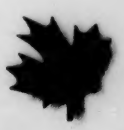
B: Objective

A health system that delivers better health outcomes through: more effective use of information technologies, more and better health research, and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and to support better public accountability.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy but shares information in support of decision-making and public accountability. (SO 4.1)

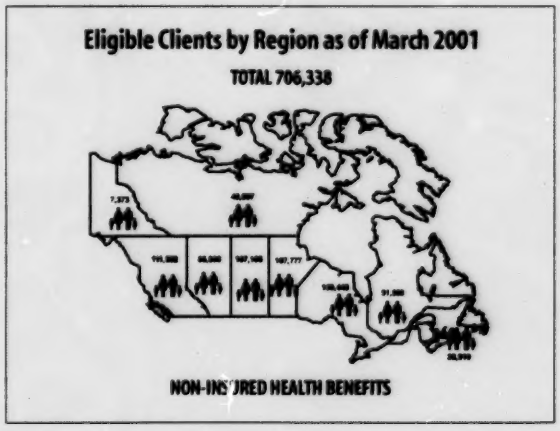
- Initiated the implementation of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP), a two year, $80 million incentive program aimed at facilitating collaboration, innovation, and renewal in health care delivery through the use of modern information technologies, and approved 30 collaborative projects for funding. For example, the NORTH Network, in association with over 70 partners, will expand telehealth services to 47 sites throughout Northern Ontario by linking rural and remote communities and referral centres in Thunder Bay and Sudbury to academic health science centres in Southern Ontario and Winnipeg, Manitoba.



medical supplies and equipment and transportation to access medical services and crisis mental health counselling. In an attempt to deliver the most cost-effective and efficient services:

In fiscal year 2000-01, 8.634M drugs and .422M medical supply and equipment prescriptions and 1.932M dental claims were processed under the NIHB program.

- completed the transition to the new Health Information Claims Processing System and defined the requirements for electronic submission of dental claims;
- enabled all pharmacy providers to verify the client, benefit and receive drug interaction information prior to dispensing by submitting pharmacy claims through point-of-sale (POS). POS generated 280,000 warning messages leading to 182,000 prescriptions not being filled;
- implemented medical supply and equipment benefit review and new delivery mechanisms;
- implemented four components of the NIHB audit framework resulting in greater ability to detect billing irregularities and recover overpayments;
- conducted a total of 150 on-site audits in fiscal years 1999-2000 and 2000-2001. For fiscal year 2001-2002 and each subsequent year, a minimum of 140 on-site audits will be completed. The audit findings have led to terminating billing privileges for selected health service providers, as well as referring other providers to their regulatory bodies for further review and action;



- implemented a comprehensive health service provider profiling system. All providers billing the program are reviewed against a series of profiling tests that detect fraudulent practice patterns and appropriate follow-up activities are determined and implemented;
- developed additional cost management measures such as maximum allowable amounts and the expansion of the limited-use drug category. There are now 28 drugs listed as limited-use.

Business Line 4: Information and Knowledge Management

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Net expenditures	$143.3	$131.8	$126.7

* This represents 5.5 percent of the Department's actual spending.

Decreases between planned spending and authorities are mainly due to the reprofiling of the Canadian Health Infostructure Partnership Program initiative.

The actual spending is $5.1 million lower than total authorities mainly resulting from delays in national and regional integration and in the staffing of education managers for the Canadian Health Infostructure.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/english/main_e.html >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

A health system that delivers better health outcomes through: more effective use of information technologies, more and better health research, and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and to support better public accountability.

C: Strategic Outcomes (SO) and Accomplishments

A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy but shares information in support of decision-making and public accountability. (SO 4.1)

- initiated the implementation of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP), a two year, $80 million incentive program aimed at facilitating collaboration, innovation, and renewal in health care delivery through the use of modern information technologies, and approved 30 collaborative projects for funding. For example, the NORTH Network, in association with over 70 partners, will expand telehealth services to 47 sites throughout Northern Ontario by linking rural and remote communities and referral centres in Thunder Bay and Sudbury to academic health science centres in Southern Ontario and Winnipeg, Manitoba.

- developed and the delivered, as a result of federal/provincial/territorial processes and the work of the Advisory Committee on Health Infostructure and its three working groups (Electronic Health Records, TeleHealth and Privacy):
  - a Web-enabled Information Communication Technologies in Health Initiatives Database for release in 2001 that will provide reliable, quality controlled and timely profiles on Canadian electronic health records and telehealth initiatives to health care providers, facility administrators, policy makers and researchers;
  - a federal/provincial/territorial approved blueprint and tactical plan to be updated annually for a pan-Canadian Health Infostructure outlining the vision and the strategy for implementing health related information and communication technologies.
    < http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/available/plan/index_e.html >

- implemented the Department's three Canadian Health Infostructure initiatives (funding of $47.5 million in 2000-2001):
  - the First Nations and Inuit Health Information System (established to ensure all First Nation communities are linked to national health surveillance programs and components of provincial databases - see page 62);
  - the National Health Surveillance Infostructure (established to ensure Canada has the right tools to respond to health threats in a timely manner - see page 42);
  - the Canadian Health Network, an Internet health information service about specific health topics or population groups established in partnership with other government and non-governmental organizations across Canada to improve access of Canadians to the best public information on health issues.
    < http://www.canadian-health-network.ca/ >

- facilitated the creation of the Canada Health Infoway Inc., the not-for-profit independent corporation which received an investment of $500 million from the Government of Canada in March 2001 to accelerate the development and adoption of modern systems of health information and communications technologies, such as electronic patient records, in order to provide better health care for all Canadians. The Department will be provided with the information needed for future reporting on this expenditure and the outcomes achieved by means of public annual financial and progress reports prepared by the Canada Health Infoway Inc. as well as annual independent financial audits and an independent review of activities and projects which is required within five years.
- provided key support to the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada in the delivery of Health Information Roadmap projects, the most important of which is the Canadian Community Health Survey which will give Canadians a portrait of health status and its determinants for 130 different regions across Canada.

- supported the release of the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada's inaugural reports on the state of Canada's health care system and the health of Canadians, *Health Care in Canada 2000* and *Health Reports: How Healthy Are Canadians?*, respectively. The reports increase Canadians' understanding of health and health care performance but also call attention to many of the areas where more needs to be learned.

  Health Care in Canada 2000:

  < http://www.cihi.ca/Roadmap/Health_Rep/healthreport2000/brochure/broctoc.shtml >

  Health Reports: How Healthy Are Canadians?:

  < http://www.statcan.ca/english/freepub/82-003-XIE/free.htm >

Integrated health research and continual improvements in bringing that research into decision-making. (SO 4.2)

- developed partnerships with the research institutes of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) via joint workshops and priority setting exercises to take advantage of the research talents across government and in academia. For example, the CIHR Institute on Cancer Research is working with the Department and its partners in the Canadian Cancer Control Strategy to set priorities for cancer research in Canada.

Evidence-based (both data and analysis) health policy decision-making including a better understanding of the fundamental issues relating to health care. (SO 4.3)

- improved the communication of policy research findings through the launching of Health Canada's *Health Policy Research Bulletin.* One example of this is the completion of a major quantitative analysis on the implications of population aging for the sustainability of Canada's health care system.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/nhrdp/resources/Bulletins/bulletin.pdf >

Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.
(SO 4.4)

- improved the measurement of the performance of departmental programs by defining performance measures and initiating data and information collection for reporting purposes in several key areas such as health promotion and foods.

- developed and offered courses in performance measurement to departmental managers to support a culture of, and capacity for, performance measurement.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Business Line 5: Departmental Management and Administration

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$131.1	$183.7	$180.6
Revenues	($0.7)	($0.7)	($0.3)
Net expenditures	$130.4	$183.0	$180.3

* This represents 7.8 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to newly approved resources for several initiatives such as Capital Rust-Out, the Financial Information Strategy (FIS), and Pay Equity, and the support for First Nations' construction/restoration of on-reserve facilities.

The actual spending is $2.7 million lower than total authorities mainly resulting from Y2K contingency planning activities which did not require as many resources as planned. Lapsed resources will be applied towards the repayment of the Y2K loan.

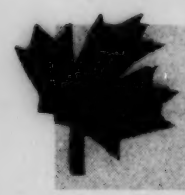
Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/english/ov_ap1_e.htm >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and for sound management practices across the Department.

C: Strategic Outcome (SO) and Accomplishments



Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership. (SO 5.1)

- Implemented the Financial Information Strategy (FIS), including upgrades to financial, property and physical asset systems, training of employees and updating of policies. The aim of the FIS is to provide the Department with more up-to-date financial information in order to better manage its programs.

Business Line 5: Departmental Management and Administration

A: Financial Information

(millions of dollars)

	2000-2001 Planned Spending	2000-2001 Total Authorities	2000-2001 Actual Spending*
Gross expenditures	$131.1	$183.7	$180.6
Revenues	($0.7)	($0.7)	($0.3)
Net expenditures	$130.4	$183.0	$180.3

* This represents 7.8 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to newly approved resources for several initiatives such as Capital Rust-Out, the Financial Information Strategy (FIS), and Pay Equity, and the support for First Nations' construction/restoration of on-reserve facilities.

The actual spending is $2.7 million lower than total authorities mainly resulting from Y2K contingency planning activities which did not require as many resources as planned. Lapsed resources will be applied towards the repayment of the Y2K loan.

Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/english/ov_ap1_e.htm >

This graphic highlights accomplishments that support Sustainable Development.

B: Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and for sound management practices across the Department.

C: Strategic Outcome (SO) and Accomplishments

Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership. (SO 5.1)

- implemented the Financial Information Strategy (FIS), including upgrades to financial, property and physical asset systems, training of employees and updating of policies. The aim of the FIS is to provide the Department with more up-to-date financial information in order to better manage its programs.

- developed, in partnership with the Public Service Commission, competency profile and assessment tools and guidelines which place the Department at the forefront in assessing skills and building the capacity of senior scientific managers. This work also supports the Department's commitment to the 1997 Canadian Human Rights Tribunal Order.

- developed, in partnership with Canadian Heritage, a manager's kit for the recruitment, promotion and retention of visible minority employees and persons with disabilities.

- implemented initiatives to enhance the Department's role vis-à-vis Part VII of the *Official Languages Act* including:
  - two consultative committees to address the provision of French and English health services to official language minority communities;
  - interdepartmental partnerships with these communities to improve and strengthen access to primary and basic health care.

- established a Secretariat for Modern Comptrollership to increase all managers' awareness of good management practices, including their responsibilities respecting accountability for results, sound management of resources and effective decision-making.

- conducted a capacity check assessment for modern comptrollership to identify areas for improvement.

- developed a departmental Financial Management Improvement Plan to respond to the Auditor General's concerns

- strengthened departmental accountability through significant initiatives including the development of management control frameworks for all grants and contributions programs and contracting.

- designed and managed on behalf of the Public Service the Aboriginal Career Development Initiative aimed at recruiting and retaining Aboriginal employees.

- successfully remediated seven fuel contaminated sites in three regions (Ontario, Manitoba and British Columbia) as part of the departmental contaminated sites plan to meet the requirements of the *Canadian Environmental Protection Act*.

- enhanced the role of the Regional Directors General. They are the Department's senior representatives in the regions and are responsible for developing and implementing departmental programs in their region.

- established the Office of the Chief Scientist. The role of the Chief Scientist is to bring greater leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of the Department's scientific responsibilities, activities and needs. < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2001/2001_01e.htm >

D: Regional Accomplishments

Part of the ongoing transformation of Health Canada is a growing and more complex role for our regional offices. Consistent with the need to build stronger partnerships between governments on health issues, our regional offices are increasingly active with their counterparts in other levels of government on issues ranging from monitoring of the *Canada Health Act* to support for projects testing local, provincial or territorial health innovations. All of our regions are also deeply involved in the delivery of services to First Nations and Inuit people. The diversity of achievements in the regions for 2000-2001 demonstrates the contribution of regional operations to meeting Health Canada objectives.

Atlantic Region

- In partnership with the Mushuau Innu of Davis Inlet and the Government of Newfoundland and Labrador, more than thirty children with a history of gasoline-sniffing were removed from the community with the consent of their parents. After a period of detoxification and extensive medical and psycho-social assessment they were placed in various addictions treatment programs. As part of a comprehensive agreement with the Mushuau Innu leadership, plans are under way for family-centred treatment programming and in-community aftercare services to help the Innu begin the long journey down the road to healing.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2001/2001_32e.htm >.

Quebec Region

- developed and installed intra-ministerial networks to facilitate information exchange and the development of integrated projects which take into account the specific needs of the region, particularly in the fields of policy development, sustainable development, children and youth, and First Nations, as well as infectious and chronic diseases. The infectious disease network will develop projects relating mainly to HIV/AIDS and hepatitis C. The chronic disease network aims to prevent diseases such as diabetes via a network of expertise and the effective promotion of healthier life styles.

Manitoba and Saskatchewan Region

- developed a pilot project to examine the feasibility of coordinating public health activities internally and externally (with two provincial Health ministries and other stakeholders) throughout the region.

Alberta and Northwest Territories Region

- worked to develop a plan for the establishment of an organ and tissue donation and transplant system in Canada. More than $20 million will be contributed over the next five years to support safe organ and tissue donation in Canada. The plan will be assisted by a special Health Canada Secretariat headquartered in Alberta. Selection of the Alberta location was based on the fact that the province has internationally recognized researchers, clinical practices and a comprehensive tissue centre, as well as evidence that Alberta's organ and tissue donation rates are consistently above the national average. < http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2001/2001_36e.htm >

British Columbia and Yukon Region

- launched a series of quarterly policy forums designed to examine current and emerging health issues and to facilitate open dialogue and discussion between Health Canada, the province, and other stakeholders. To date, forums have dealt with the use of genetics in health care, Health Canada's proposed Wellness Agenda, and holistic health care. The policy forums are currently sponsored in partnership with the Institute for Health Research and Education, Simon Fraser University.
- supported a life skills centre for drug users, part of the $13.9 million Vancouver Agreement, a federal, provincial and municipal initiative for health and safety, housing, enforcement and economic development. This is one of five projects in this broader initiative. The other four projects included a 24-hour contact centre for street-involved people, the physical redesign of a street corner with an open drug scene, and two expanded health care facilities.
- completed Phase 1 of the project, Citizen Engagement in Dialogue About Quality Health Care: A Foundation of Improved Accountability. The project will develop and implement a process for engaging British Columbians and Yukoners in dialogue to elicit and educate their views of health care quality, explore possibilities for shared understandings and expectations of health system quality, and evaluate the efficacy of methods of dialogue for accomplishing these objectives.

SECTION IV: CONSOLIDATED REPORTING

Modernizing Comptrollership

Modern Comptrollership is nothing more than sound management practices; it's about efficient management of resources and effective decision-making. It aims to provide managers with:

- integrated financial and non-financial performance information;
- a mature approach to risk management;
- appropriate control systems, supported by strategic leadership, motivated people and a shared set of values and ethics.

Building on a strong base of sound management practices, Modern Comptrollership will enable decision-makers to make and communicate more appropriate choices, thereby leading to better service and better public policy.

Since becoming a Modern Comptrollership pilot department in early 2000-2001, Health Canada has undertaken the following:

- established a Modern Comptrollership Secretariat to serve as a single window and point of contact with Treasury Board and other pilot departments;
- built capacity in the area of modern management practices through collaborative approaches on major initiatives such as Government On-Line, accountability, performance measurement, values and ethics and Modern Comptrollership;
- created a Modern Comptrollership Web site to communicate information; < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/english/spps/spps_mc_current_e.htm >
- conducted a document review in the context of Modern Comptrollership and collected information through a series of workshops and interviews to assess existing modern management practices within the Department.

Sustainable Development

< http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/sustain_e.htm#top >

Fiscal year 2000-2001 was the third and final year covered by *Sustaining Our Health (1997)*, Health Canada's first sustainable development strategy. This strategy described how the Department set out to incorporate the concept of sustainable development into its policies, programs and activities. *Sustaining Our Health (1997)* is arranged under four strategic themes:

- promoting and supporting population health;
- identifying and reducing health risks from the environment;
- strengthening partnerships on health, environment and sustainable development;
- integrating sustainable development into departmental decision-making and physical operations.

Targets and milestones were developed under each of these themes. The outcomes that occurred as a result of this strategy are arranged by business line and subsequently by service line below. The Department has been successful in meeting approximately 75 percent of its 83 sustainable development targets and has made significant progress toward completing the remaining targets during the period April 2000 to March 2001.

In conjunction with implementing the 1997 strategy, the Department developed and published *Sustainable Development 2000: Sustaining Our Health*, its second sustainable development strategy. The 2000 strategy describes the Department's sustainable development vision and contains the Departmental Policy on Sustainable Development. The new strategy focuses on three themes:

- helping to create healthy social and physical environments;
- integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes;
- minimizing the environmental and health effects of the Department's physical operations and activities.

Some of the outstanding targets from the 1997 strategy will be completed in 2001-2002. Other relevant outstanding targets have been incorporated into the 2000 strategy.

Business Line Highlights

The following highlights are illustrative of some of the significant progress made during the final year of *Sustaining Our Health (1997)*. Other examples of sustainable development achievements are identified throughout Section III of this Report with small symbols.

Health Promotion and Protection Business Line

Population and Public Health

- conducted and produced 17 health protection studies and reports for public use concerning environmental hot spots in the Great Lakes Basin area. These reports will serve to better inform Canadians concerning environmental and health issues in this area and support 'sustainable' decision-making.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/bch/bioregional/healthdata.htm >
- developed and produced a National Strategy for the Prevention and Control of Asthma. This strategy provides a focus for national organizations to work together and for collaboration among provinces.

Healthy Environments and Consumer Safety

- prepared, together with Environment Canada and the Federal/Provincial Working Group on Air Quality Objectives and Guidelines, science assessment documents on particulate matter and ground-level ozone. The former document was the basis for declaring particulate matter toxic under the *Canadian Environmental Protection Act*.

In 2000, smoking prevalence for Canadians 15 years and older was 24 percent. This represents the lowest overall level since monitoring of smoking began in 1965. The prevalence of smoking for teens aged 15-19, reported at 28 percent in 1999, is reported at 25 percent in 2000.

Pest Management Regulation

- finalized guidelines outlining the requirements for the registration of microbial pest control agents proposed for pest management in Canada, Guidelines for the Registration of Microbial Pest Control Agents and Products. These data requirements are essentially harmonized with the US Environmental Protection Agency.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/dir/dir2001-02-e.pdf >

First Nations and Inuit Health Business Line

- significant reductions in fuel consumption reported, for example, a 9.4 percent reduction in heating fuel use from 1999-2000 to 2000-2001 at the hospital in Sioux Lookout, Ontario.
- all transfer and contribution agreements between the First Nations and Inuit Health Branch and First Nations communities now encourage communities to include sustainable development considerations in their management and operation of facilities and programs.

Departmental Management and Administration Business Line

- diverted 65 percent of the waste from office buildings in Tunney's Pasture (National Capital Region) to recycling and away from landfill, a 5 percent improvement over the 1999 diversion rate. Departmental laboratories in the National Capital Region have diverted 33 percent of their waste away from landfill.
- developed an inventory of ozone-depleting substance equipment at the Department's 10 laboratories. From this inventory, a phase out plan will be developed to reduce the use of ozone- depleting substances in departmental equipment. Some laboratories (Scarborough and Longueuil) have already begun to remove chlorinated fluorocarbons from their equipment.
- the Material Management Division:
  - updated the fleet management guide and developed two green fleet sheets: an environmental information bulletin on driving and fleet issues;
  - added two alternative fuel vehicles to the departmental fleet;
  - continued a newsletter on sustainable development issues with editions on "smart paper choices" and "battery recycling";
  - introduced green purchasing information: a series of one-page fact sheets on environmental procurement which provide information on choosing computers, printers, paper, photocopiers, toner cartridges, furniture, and office supplies;
- provided training on sustainable development for over 150 departmental managers and staff across Canada; supported sustainability discussions at senior management executive committees in all branches, regions and the PMRA; issued a Departmental Policy on Sustainable Development; conducted 12 consultation sessions across Canada and with other federal departments to report on and develop new sustainable development targets; and worked extensively with other government departments to develop eight key federal themes for action on sustainable development.
- a detailed annual report on progress on *Sustaining Our Health (1997)* will be placed on the departmental Web site.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur >

Regulatory Initiatives

Performance of Regulatory Initiatives

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Nutrient Content Claims) Regulations have been drafted and a regulatory package is being prepared for publication in *Canada Gazette*, Part I in Spring 2001 in conjunction with proposed regulations for Nutrition Labelling and Generic Health Claims.	To provide the consumer with nutrient content claims that: • are consistent, accurate and non-misleading; • are based on health criteria and support dietary guidance; • are not in conflict with health and safety issues, but still take into account economic and trade considerations.	Reduced number of submissions on nutrition claims and reduced levels of compliance activity.	The results of this initiative may not be seen immediately after these regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II because the regulations provide for a transition period for businesses to comply with the new requirements.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Nutrition Labelling) Regulations have been drafted and a regulatory package is being prepared for publication in *Canada Gazette*, Part I in Spring 2001 in conjunction with proposed regulations on Nutrient Content Claims and Generic Health Claims.	To provide the consumer with more detailed and pertinent nutritional information in a standardized format on food labels to allow the consumer to select a healthy diet.	Increased availability of consistent and uniform nutrition labelling for use by consumers and educators. Healthier eating practices would be monitored through the use of dietary surveys. Increased availability of foods with compositional characteristics that contribute to diets that reduce the risk of developing chronic diseases. Reduced incidence of chronic diet-related diseases of public health significance. Reduction of health-care costs related to the treatment of nutrition-related chronic diseases.	The results of this initiative may not be seen immediately after these regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II because the regulations provide for a transition period for businesses to comply with the new requirements.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Regulatory Framework for Health Claims for Foods Regulations for the use of generic health claims for foods have been drafted and a regulatory package is being prepared for publication in *Canada Gazette*, Part I in Spring 2001 in conjunction with proposed regulations for Nutrition Labelling and Nutrient Content Claims. Policy development is well advanced and a consultation document for product specific health claims on foods is being developed. Consultation with stakeholders is anticipated for fall 2001.	New regulations and amendments to existing regulations will be required to enable the use of health claims for foods. These regulations will be developed in two different projects: • a regulatory framework for the development of a positive list of generic health claims for foods including criteria for use of such claims; • a regulatory framework requiring pre-market assessment to allow the use of product specific health claims for foods. This framework will include criteria for use and specific required standards of evidence to support claims.	Healthier eating practices would be monitored through the use of dietary surveys. Number of submissions for the use of product specific claims for foods.	The results of the initiative for generic health claims on foods may not be seen immediately after these regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II because the regulations provide for a transition period for businesses to comply with the new requirements. The results of the initiative for product specific health claims will not be seen until after the regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Addition of Vitamins and Minerals to Foods) Analysis of the comments received from the broad stakeholder consultation has been completed. A summary of these comments was published in July 2000. Policy recommendations are being finalized and proposed regulations to implement the policies are being developed.	To develop an appropriate regulatory framework for the food industry to provide consumers with a wider variety of food products with added vitamins and minerals which may help meet public health needs and at the same time protect the population from excessive or imbalanced intakes.	Reduced number of submissions. Reduced enforcement and compliance activity. Determination of whether Canadians are consuming appropriate levels of vitamins and minerals would be assessed through dietary surveys.	The results of this initiative will not be seen until after these regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II.
Food and Drug Regulations (Revision of Division 16 - Food Additive Tables) Draft regulations have been revised according to legal comments and have been resubmitted for legal review.	The new approach will give industry greater choice in the use of food additives, while continuing to ensure public safety.	Reduced food additive submission activity, reduced amendment of food standards, and a reduced number of compliance actions.	Outcomes will begin to accrue following publication of Schedule of Amendments in *Canada Gazette*, Part II.
Administrative Monetary Penalties Regulations Regulations in relation to the *Pest Control Products Act* (*PCPA*) and Regulations published in *Canada Gazette*, Part II in April 2001.	Increased compliance with the *PCPA* and Regulations and more strategic and proactive enforcement.	To be developed.	Benefits will begin after full implementation of the new compliance mechanism in 2002-2003.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Bilingual Labelling Regulations Regulations requiring bilingual labelling of pesticides under the *Pest Control Products Act* (*PCPA*) pre-published in *Canada Gazette,* Part I in June 2001.	Greater certainty that users are able to understand and follow labels.	Decrease in complaints concerning lack of information in the user's preferred official language.	Benefits will begin as the new requirements are phased in, beginning in 2003.
To amend the regulatory provisions listed under Human Plasma Collected by Plasmapheresis (Food and Drug Regulations, Division 4, C.04.001 through C.04.028).	An amendment to the Food and Drug Regulations to bring the regulations up-to-date and reflective of current practices and advances in technologies and to harmonize the regulatory provisions regarding human plasma collected by plasmapheresis with those of other countries wherever possible.	Original prepublication in *Canada Gazette,* Part I, was targeted for completion by March 2002. Due to the lack of resources and the assignment of other priorities, this project was delayed and the prepublication in *Canada Gazette,* Part I is now planned for summer 2002.	Regulations reflect current practices, tests, and technical standards that are in place to ensure the safety of plasma and plasma donors.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
To develop a Regulatory Framework for Cells, Tissues and Organs.	New regulations under the *Food and Drugs Act* which would stipulate the requirements to be met with respect to the safety, quality and efficacy of cells, tissues and organs intended for transplantation. Standardized safety practices for cells, tissues, and organs intended for transplantation; clear, innovative and flexible safety standards and regulations; the ability to address emerging issues in a timely manner; increased stakeholder participation. Health Canada expects to have completed the regulatory process (publication in *Canada Gazette*, Part II) by the end of year 2003.	Safety standards are currently under development. They will be used as the basis of the proposed regulations. Other key elements of the regulatory framework including surveillance, adverse event reporting and a compliance and enforcement strategy are also under development.	Regulations that will balance the need to ensure cell, tissue and organ safety and quality with the need to ensure the availability of cells, tissues and organs intended for transplantation. Meeting public demands to provide safe, effective and high quality therapeutic products.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Regulatory Framework for the Safety of Blood and Blood Components Intended for Transfusion.	An improved regulatory framework comprising new regulations under the *Food and Drugs Act* which would stipulate the requirements to be met with respect to the safety, quality and efficacy of blood and blood components intended for transfusion. Health Canada expects to have completed the regulatory process (publication in *Canada Gazette*, Part II) by the end of year 2003.	Safety standards are currently under development. They will be used as the basis of the proposed regulations. Other key elements of the regulatory framework including surveillance, adverse event reporting and a compliance and enforcement framework are also under development.	Regulations that will balance the need to continue to ensure blood and blood components' safety, efficacy and quality with the need to ensure its availability. To meet public demands to provide safe, effective and high quality therapeutic products.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
To develop a Policy Recommendation for Xenotransplantation; to determine whether or not to proceed with xenotransplantation.	Development of a comprehensive policy recommendation for xenotransplantation that involves governmental authorities, stakeholders, and the Canadian public.	Canada has not yet taken a position on whether or not clinical trials involving xenotransplantation should be allowed to proceed. In response to recommendations identifying the need for public debate on this issue, Health Canada has funded the Canadian Public Health Association to form a Public Advisory Group and to conduct a broad-based public consultation on xenotransplantation. The final report from this public consultation is expected to be submitted to Health Canada by the end of 2001.	A decision as to whether or not to proceed with xenotransplantation and if so, a detailed plan for the development of a regulatory framework.
Assisted Human Reproduction Act (formerly reported as the *Human Reproductive and Genetic Technologies Act* in the 2000-01 Report on Plans and Priorities).	The protection and promotion of the health and safety of Canadians in the use of human reproductive materials for assisted human reproduction and related research.	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.	Proposed draft legislation was presented to the House of Commons Standing Committee on Health May 3, 2001. The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been developed, completed and published.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Amendment to Expanded claims for Vitamins and Minerals).	When completed, new regulations will allow the department to evaluate natural health products with a set of criteria appropriate for this class of products. This will provide Canadian consumers with enhanced access to a full range of natural health products, along with an assurance of safety and quality.	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.	The results of this initiative will not be seen until after these regulations have been published in *Canada Gazette*, Part II.
Tobacco Products Information Regulations became law on June 26, 2000. The purpose of the new regulations is to give Canadians a better understanding of the risks associated with the use of tobacco products by requiring that graphic health warnings and important health information by displayed on tobacco packages.	All applicable tobacco products carry health warning labels by June 26, 2001. Canadians (especially young people) are informed about the health effects of tobacco use. Regulations will be monitored, and if necessary amended, to ensure clarity of expectations and maximize compliance by industry.	Compliance by industry will be monitored. Canadians awareness and knowledge of the health effects of tobacco will be assessed through surveys. Industry compliance issues and difficulties. Requirements for amendments and timeliness of implementation of any necessary amendments.	Thirteen brands of cigarettes, representing 50% of the market, introduced the warnings by the end of December 2000. Baseline data concerning Canadians' awareness has been collected.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Tobacco Reporting Regulations became law on June 26, 2000. The purpose of the new regulations is to require manufacturers to report on over 50 chemicals found in tobacco and smoke, as well as manufacturing procedures, research activities and promotional activities.	Health Canada will be better informed about the manufacturing, ingredients, emissions, constituents, research and promotional activities with respect to tobacco products. Regulations will be monitored, and if necessary amended, to ensure clarity of expectations and maximize compliance by industry.	Compliance by industry will be monitored. Requirements for amendments and timeliness of implementation of any necessary amendments.	The list of reportable information has been expanded with application to more classes of tobacco products.
Amendments to Clinical Trials Regulatory Framework Proposed amendments were pre-published in the *Canada Gazette*, Part I on Saturday, January 22, 2000.	Amendments to clinical trials regulations to include reducing the default period from 60 to 30 days for all trials and the provision of an inspection program. This will speed up the approval times for clinical trials without jeopardizing the safety of trial participants while providing an environment which is more conducive to the promotion of research and development in Canada.	The Directorate will undertake a policy review after one year of implementation to report on, among other things, whether the Department is meeting administrative review targets and what impact the revised regulations are having on Health Canada, industry and Canadians. This will be followed by a more comprehensive evaluation of the revised regulations in three to five years.	During fiscal year 2000-01 Health Canada received and reviewed comments on the pre-published proposed amendments and incorporated them into the revised regulations. Final Regulations were published in *Canada Gazette* Part II on June 20, 2001 and became effective on September 1, 2001.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Amendments to Establishments Licensing and Good Manufacturing Practice Requirements.	This amendment rectifies current inconsistencies between obligations for importers and distributors under Division 2 (GMP) and their obligations in the operational phase of Mutual Recognition Agreements (MRSs) signed by Canada.	The objective of the amendment was to cut costs associted with mechanisms used to ensure GMP compliance. Successful implementation will be indicated by the number of regulatory authorities recognized under the Mutual Recognition Agreement.	This amendment was published in *Canada Gazette* Part II on March 23, 2000. The regulation addressed those concerns identified by international partners relating to the implementation of the mutual recognition of good manufacturing standards for drug production. Canada has now finalized the agreement with the Swiss Regulatory Authorities.
Amendments to the Fees in Respect of Medical Devices Regulations.	Interim measure to address concerns of severe economic impact on the medical device industry due to the establishment licensing fees which came into force January 1, 2000.	The objective of the initiative was to reduce economic impact on the medical device industry. The Department is currently conducting a study of the impact of the medical devices cost recovery fee as a second part of the Phase IV review. The objective here is to evaluate the effectiveness of the costing model used, and the impact of the fees.	This amendment was published in *Canada Gazette* Part II on July 28, 2000. This regulatory amendment introduced a fee reduction provision for medical device establishment licencing fees. The evaluation of the impact of cost recovery fees for medical devices is under way.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Amendment to Prohibited Substances to Regulations.	An amendment to remove specific regulatory prohibitions on the inclusion in drug products of certain substances. This will allow manufacturers to seek approval to market these drug products with sufficient supporting safety and efficacy data.	The program will continue to monitor adverse drug reactions to identify unacceptable risks, while enabling the Department to approve new therapies containing these ingredients.	The regulatory proposal is under active development. The outcome of this change will not be seen until after these regulations have been completed, published, implemented and evaluated.
Amendments to Fee Regulations for Low Sale products.	A revised fee structure in the Authority to Sell Drugs Fee Regulations. This will address concerns of the detrimental financial impact of these annual product registration fees on the low sales volume homeopathic industry.	This proposal will result in reduced fees for companies with low sales volume.	The regulatory proposal is under development.
Product Licensing.	Contemporary pre-market review and post-approval assessment regulatory framework for drugs, based on international standards.	Determination of the performance measurement criteria will be finalized once the problems have been analyzed and policy direction is established.	The outcome of this initiative will not be measurable until the recommended actions are defined.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Cost Recovery Phase IV. This review addresses the requirements of the 1997 Treasury Board Cost Recovery and Charging Policy.	The final phase of the Therapeutic Products Program's (TPP) cost recovery implementation plan is the Phase IV review of its Cost Recovery Initiative. It is intended to access the impact of fees on all TPP stakeholders as a means of determining whether the user-charge policy requirements are being met; as well as addressing whether fees should be increased or decreased where cost structures have changed, where the mix of public and private benefits has changed, or where service levels have been altered.	The objective of the initiative was to respond to stakeholders concerns respecting the fees charged by the Department. The evaluation of the impact of the cost recovery fees on pharmaceutical stakeholders was completed in June 2000. The Department is currently conducting a further study of the impact of the medical devices cost recovery fee as a second part of the Phase IV review.	The result of the Phase IV evaluation was shared with the stakeholders. The evaluation of cost recovery fees for medical devices is underway. The recommendations respecting fees for drugs is under review.

Social Union Framework Agreement

The Social Union Framework Agreement (SUFA), signed in February 1999 by all governments except Quebec, provides principles and a framework for governments working together to sustain and improve Canada's social policies and programs.

A key element of SUFA is the commitment by governments to work in partnership on behalf of Canadians by engaging in joint planning and collaboration. There is a long-standing history of federal/provincial/territorial collaboration and joint planning in the health sector, supported by a well-developed intergovernmental structure. Health Canada is working in partnership with the provinces and territories as well as other federal departments to live up to the letter and spirit of SUFA. The First Ministers' Agreement on Health in September 2000, and its contribution to the Early Childhood Development Initiative, are tangible examples of the health sector's progress in attaining this goal.

In addition to working in partnership with the provinces and territories to implement SUFA, Health Canada has contributed to the preparation of a federal report on mobility, ensuring that there is reciprocal notice and consultation where appropriate, and has also participated in the federal SUFA accountability pilot project.

For further details see SUFA Accountability Templates at
< http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa_e.asp >

Accountability

As an organization that is accountable to all Canadians, Health Canada is continually working to engage and inform Canadians of the impact of its policies and programs on their health. It also makes decisions focused on health outcomes using the best available evidence. Accordingly, the Department has a number of initiatives under way to:

- improve accountability measures;
- promote the principles of results-based management;
- foster a continuing culture shift to outcomes-oriented decision-making and performance management.

These initiatives are consistent with the management commitments found in Treasury Board's *Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada* < http://tbs-sct.gc.ca/res_can/rc_e.html >, as well as the directions of Modern Comptrollership and the Social Union Framework Agreement.

Six key initiatives designed to enhance overall accountability were mentioned in the Department's *Report on Plans and Priorities for 2000-2001*. The accomplishments are as follows:

Initiative 1: To develop and use performance frameworks at a departmental and program level.

- developed and promoted the use of performance frameworks throughout the Department through the Performance Measurement Development Project. Examples include performance frameworks for the HIV/AIDS program, the Canada Prenatal Nutrition Program, the Canadian Perinatal Surveillance System and the National Diabetes Surveillance System. This work will continue in 2001-2002.
- strengthened the evaluation, audit and accountability for First Nations and Inuit programs and services by standardizing contribution and transfer agreements and changing internal governance processes.

Initiative 2: To link individual performance to results-based management through the implementation of the Treasury Board Secretariat's Performance Management Program.

- developed the Assistant Deputy Ministers/Regional Directors General provisional accountability framework which incorporates Modern Comptrollership themes.

Initiative 3: To strengthen the departmental evaluation function to provide timely feedback to program managers for ongoing improvement to programs.

- strengthened the Department's central program evaluation function through the addition of more staff and the provision of training in performance measurement to departmental managers. The program evaluation function still needs to be made more quantitative and rigorous in its operations, to be able to distinguish the impacts of departmental programs from other determinants of targeted health outcomes.

Initiative 4: To develop the tools and processes to enhance program and functional area capacity to measure, evaluate, report on and improve performance.

- the federal government, provinces and territories agreed, through the September 2000 First Ministers' Agreement to collaborate on the development of a comprehensive reporting framework using jointly agreed comparable indicators of health status, health outcomes, and quality of service, and that each government would begin reporting by September 2002.
- developed and delivered courses in performance measurement to departmental managers to support a culture of, and capacity for, performance measurement. These well attended and well received courses were customized where necessary to meet the needs of particular program areas.

Initiative 5: To undertake an outcomes-based assessment of key activity areas.

- Efforts were focused on developing performance frameworks and planning for the next steps in implementing those frameworks so that the outcomes-based assessment of key activity areas can be undertaken.

Initiative 6: To improve the evidence base and analytical and evaluation capacity to support accountability practices.

- made progress in developing the tools and processes to measure program performance and to support accountability. In 2000-2001, efforts were focused on developing performance frameworks and planning for the next steps in implementing those frameworks.

Assets Management

Parliamentarians have expressed a strong interest in the progress being made by departments in assets management. The introduction of the Financial Information Strategy has added to the demands for an understanding of the costs associated with the purchase, operation, storage and disposal of these items.

The following table is a report on the Department's readiness to address accrual and life-cycle costing. The focus is on the present state of readiness and/or on progress made in implementing an assets information system.

1. Has there been an assessment and/or inventory of resources?	A complete inventory was taken of all capital assets in the fall of 2000.
2. What is the basis of the assessment and the Department's level of confidence in the outcomes?	All assets that have a value in excess of $1,000 or that are considered to be of an attractive nature valued at less than $1,000, were inventoried. This inventory was verified in each program area and there is confidence in the accuracy and completeness of the information.
3. Have the life-cycle costs for mission critical assets been identified?	Yes, as part of the Long-Term Capital Plan.
4. Has a plan been developed for life-cycle, mission critical assets?	A Long-Term Capital Plan is being developed and is in its first draft.
5. What progress has been made to identify these assets and their operational cost?	All such assets have been identified and inventoried and their operational cost is factored into the Long-Term Capital Plan.
6. Have any serious concerns or problem areas been identified?	Nothing other than determining the usual parameters with respect to definitions, processes, etc. and related responsibilities.
7. Have risk management assessments been made on mission critical assets and if so, has the financial impact on operational capabilities been determined?	Not per se although the life cycle has been determined for each category of asset for accrual accounting purposes and to help managers develop procurement plans based on the life expectancy of each asset.

Service Improvement Initiative

The Treasury Board publication *Results for Canadians* commits the Government of Canada to a "citizen focus" and "citizen-centered service delivery". In May 2000 the Treasury Board approved the Service Improvement Initiative which contributes to this commitment by identifying citizen expectations and priorities for service improvement, and implementing a program to progressively improve client satisfaction with key services to the public.

During 2000-2001, the Department agreed to participate in the Service Improvement Initiative. The Citizens First 2000 national survey indicated that the Department's information services were a priority. Thus the primary focus for the initiative in the Department is services providing information to the public. A governance structure has been set up to direct and implement the initiative. Work has begun to identify key information services to be included. This task should be completed early in 2001-2002 and subsequently, the Department will establish baseline levels of client satisfaction.

Government On-Line

Health Canada's Government On-Line (GOL) initiative is aimed at fulfilling the federal government's goal to be known as the government most connected to its citizens. A comprehensive GOL strategy for Canada is being put into place to meet citizens' expectations. The implementation of GOL does not rule out traditional modes of services (in person, mail, phone). It will mean improved access to the full range of government services and institutions for Canadians, access to information and services anytime, from the place of their choice and in the language of their choice. It will establish service standards for such aspects as turnaround times. Information and services provided on-line will be consistent with those of other service delivery methods.

The Treasury Board Secretariat (TBS) has developed a phased approach in order to achieve GOL. Tier One established a federal government on-line presence by December 31, 2000. Tier Two ensures programs and services are delivered securely over the Internet and promotes a client-oriented approach to information and service delivery. Tier Three promotes inter-jurisdictional partnerships for e-service delivery (e.g. other governments, volunteer organizations, and international partners), promotes innovative pilots to improve service to clients, and explores leading-edge technologies.

Accomplishments

- established a GOL Directorate to lead the development, implementation and management of a GOL program within the Department.
- launched an e-Government capacity check as a first step in assessing the Department's capacity to implement Government On-Line. The capacity check is a TBS-approved self-assessment tool that assesses current management practices against recognized best practices and principles that are consistent with the framework for Government On-Line.
- undertook a Department-wide study to review the internal Web management process as a whole to identify where improvements in effectiveness and efficiency could be made. The study report presented recommendations and a strategy for the Department in designing its Web environment to meet future challenges and opportunities in serving Canadians.
- submitted to TBS high-level implementation plans and general magnitude cost estimates for selected Tier Two key programs and services, as well as a progress report on Tier One implementation.

SECTION V: FINANCIAL PERFORMANCE

Financial Performance Overview

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 2000-2001 resource utilization along with prior years' comparative information. Again this year, Health Canada has strived to utilize resources in the most effective and efficient way possible, in an effort to ensure Canadians receive value for resources expended.

Overall in 2000-2001, Health Canada did not have significant lapses. A surplus of $14.2M or one percent of the authorities in operating resources did occur. This was primarily attributable to delays encountered during the year in some activities which will be completed in 2001-2002, a frozen allotment, and other small operating lapses.

Financial Summary Tables

Financial Table 1:
Summary of Voted Appropriations
Authorities for 2000-2001

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes; Vote 1 for Operating expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions. Actual spending for Vote 1 is $14.2 million lower than authorities, mainly resulting from delays in some activities which will be completed in 2001-2002, a frozen allotment, and other small operating lapses. The total authorities for Vote 5 are $57.5M lower than the planned spending mainly resulting from a reprofiling of resources to future years related to the Hepatitis C Health Care Services.

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote		Planned Spending[1] 2000-2001	Total Authorities[2] 2000-2001	Actual Spending[2] 2000-2001
	Health Canada			
1	Operating expenditures	1,329.7	1,327.2	1,313.0
5	Grants and Contributions	989.2	931.7	931.7
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S)	Contributions to employee benefit plans	66.6	74.8	74.8
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.9	0.7
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.2	0.2
(S)	Collection agency fees	-	0.1	0.1
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	(0.1)	(0.1)
	Total Department	**2,385.5**	**2,334.9**	**2,320.5**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

(1) from the 2000-2001 Report on Plans and Priorities

(2) from the 2000-2001 Public Accounts

Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Departmental Performance. Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy	294	54.5	-	74.8	129.3	-	129.3
(Total authorities)	*295*	*57.7*	-	*54.9*	*112.6*	-	*112.6*
(Actuals)	**382**	**57.7**	-	**54.9**	**112.6**	-	**112.6**
Health Promotion and Protection	3,744	464.1	-	268.3	732.4	(39.7)	692.7
(Total authorities)	*3,938*	*472.0*	-	*225.9*	*697.9*	*(56.9)*	*641.0*
(Actuals)	**3,830**	**456.9**	-	**225.9**	**682.8**	**(48.4)**	**634.4**
First Nations and Inuit Health	1,385	718.6	-	580.3	1,298.9	(9.1)	1,289.8
(Total authorities)	*1,385*	*686.5*	-	*589.1*	*1,275.6*	*(9.1)*	*1,266.5*
(Actuals)	**1,363**	**684.6**	-	**589.1**	**1,273.7**	**(7.2)**	**1,266.5**
Information and Knowledge Management	611	97.0	-	46.3	143.3	-	143.3
(Total authorities)	*635*	*111.0*	-	*20.8*	*131.8*	-	*131.8*
(Actuals)	**612**	**105.9**	-	**20.8**	**126.7**	-	**126.7**
Departmental Management and Administration	698	107.7	3.9	19.5	131.1	(0.7)	130.4
(Total authorities)	*698*	*127.2*	*15.4*	*41.0*	*183.7*	*(0.7)*	*183.0*
(Actuals)	**987**	**124.2**	**15.4**	**41.0**	**180.6**	**(0.3)**	**180.3**
Total	6,732	1,441.9	3.9	989.2	2,435.0	(49.5)	2,385.5
(Total authorities)	*6,951*	*1,454.4*	*15.4*	*931.7*	*2,401.6*	*(66.7)*	*2,334.9*
(Actuals)	**7,894**	**1,429.3**	**15.4**	**931.7**	**2,376.4**	**(55.9)**	**2,320.5**
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							(7.8)
(Total authorities)							*(7.8)*
(Actuals)							**(22.7)**
Cost of services provided by other departments							40.0
(Total authorities)							*40.0*
(Actuals)							**52.8**
Net Cost of the Program							2,417.7
(Total authorities)							*2,367.1*
(Actuals)							**2,350.6**

Financial Summary Tables

Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2000-2001

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes; Vote 1 for Operating expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions. Actual spending for Vote 1 is $14.2 million lower than authorities, mainly resulting from delays in some activities which will be completed in 2001-2002, a frozen allotment, and other small operating lapses. The total authorities for Vote 5 are $57.5M lower than the planned spending mainly resulting from a reprofiling of resources to future years related to the Hepatitis C Health Care Services.

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote		Planned Spending[1] 2000-2001	Total Authorities[2] 2000-2001	Actual Spending[2] 2000-2001
	Health Canada			
1	Operating expenditures	1,329.7	1,327.2	**1,313.0**
5	Grants and Contributions	989.2	931.7	**931.7**
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	**0.1**
(S)	Contributions to employee benefit plans	66.6	74.8	**74.8**
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.9	**0.7**
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.2	**0.2**
(S)	Collection agency fees	-	0.1	**0.1**
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	(0.1)	**(0.1)**
	Total Department	**2,385.5**	**2,334.9**	**2,320.5**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

(1) from the 2000-2001 Report on Plans and Priorities

(2) from the 2000-2001 Public Accounts

Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Departmental Performance. Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy	294	54.5	-	74.8	129.3	-	129.3
(Total authorities)	*295*	*57.7*	-	*54.9*	*112.6*	-	*112.6*
(Actuals)	**302**	**57.7**	-	**54.9**	**112.6**	-	**112.6**
Health Promotion and Protection	3,744	464.1	-	268.3	732.4	(39.7)	692.7
(Total authorities)	*3,938*	*472.0*	-	*225.9*	*697.9*	*(56.9)*	*641.0*
(Actuals)	**3,830**	**456.9**	-	**225.9**	**682.8**	**(48.4)**	**634.4**
First Nations and Inuit Health	1,385	718.6	-	580.3	1,298.9	(9.1)	1,289.8
(Total authorities)	*1,385*	*686.5*	-	*589.1*	*1,275.6*	*(9.1)*	*1,266.5*
(Actuals)	**1,363**	**684.6**	-	**589.1**	**1,273.7**	**(7.2)**	**1,266.5**
Information and Knowledge Management	611	97.0	-	46.3	143.3	-	143.3
(Total authorities)	*635*	*111.0*	-	*20.8*	*131.8*	-	*131.8*
(Actuals)	**612**	**105.9**	-	**20.8**	**126.7**	-	**126.7**
Departmental Management and Administration	698	107.7	3.9	19.5	131.1	(0.7)	130.4
(Total authorities)	*698*	*127.2*	*15.4*	*41.0*	*183.7*	*(0.7)*	*183.0*
(Actuals)	**987**	**124.2**	**15.4**	**41.0**	**180.6**	**(0.3)**	**180.3**
Total	6,732	1,441.9	3.9	989.2	2,435.0	(49.5)	2,385.5
(Total authorities)	*6,951*	*1,454.4*	*15.4*	*931.7*	*2,401.6*	*(66.7)*	*2,334.9*
(Actuals)	**7,094**	**1,429.3**	**15.4**	**931.7**	**2,376.4**	**(55.9)**	**2,320.5**
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							(7.8)
(Total authorities)							*(7.8)*
(Actuals)							**(22.7)**
Cost of services provided by other departments							40.0
(Total authorities)							*40.0*
(Actuals)							**52.8**
Net Cost of the Program							2,417.7
(Total authorities)							*2,367.1*
(Actuals)							**2,350.6**

Financial Table 3:
Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in Budget 1999 and Budget 2000, reprofiling of resources, or sunsetting of initiatives. Some funding announcements were for one year only, as was the case in Health Care Policy in 1998-1999, e.g. Canadian Institute for Health Information and NURSE Fund.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Health Care Policy	264.6	128.4	129.3	112.6	112.6
Health Promotion and Protection	517.8	1,401.4[1]	692.7	641.0	634.4
First Nations and Inuit Health	1,041.3	1,128.1	1,289.8	1,266.5	1,266.5
Information and Knowledge Management	n/a[2]	88.7	143.3	131.8	126.7
Departmental Management and Administration	171.1	148.7	130.4	183.0	180.3
Total	**1,994.8**	**2,895.3**	**2,385.5**	**2,334.9**	**2,320.5**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

(1) 1999-2000 Actual Spending for Health Promotion and Protection includes $855.3 million for a one-time court-ordered payment.

(2) Prior to 1999-2000 the functions of the Information & Knowledge Management Business Line were decentralized. The official transfer to this business line took effect April 1, 1999.

Financial Table 4: Crosswalk between Old Structure and New Structure

During 2000-2001, Health Canada undertook a realignment of its organization from six business lines to three main business lines: Health Care Policy; Health Promotion and Protection; and First Nations and Inuit Health. Two additional business lines support this work: Information and Knowledge Management; and Departmental Management and Administration. Regional operations are an important aspect of Health Canada's organizational structure across these business lines. The Department has six main regional offices across the country that employ about 40 percent of its work force.

Total Planned Spending and Actual Spending 2000-2001 (millions of dollars)

	New Structure (New Business Lines)						Old Structure	
Old Structure (Old Bus. Lines)	**Health Care Policy**	**Health Promotion & Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information & Knowledge Management**	**Departmental Management & Administration**	**Total ($)**	**% of Total**	**FTEs**
Management of Risks to Health	0.0	296.7	0.0	0.0	0.0	296.7	12.4%	2,836
(Actual spending)	**0.0**	**309.4**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**309.4**	**13.3%**	**2,987**
Promotion of Population Health	0.0	358.5	0.0	0.0	0.0	358.5	15.0%	731
(Actual spending)	**0.0**	**289.9**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**289.9**	**12.5%**	**700**
Aboriginal Health	0.0	25.5	1,289.8	0.0	0.0	1,315.3	55.1%	1,403
(Actual spending)	**0.0**	**22.6**	**1,266.5**	**0.0**	**0.0**	**1,289.1**	**55.6%**	**1,507**
Health System Support and Renewal	73.8	2.6	0.0	0.0	0.0	76.4	3.2%	114
(Actual spending)	**44.3**	**2.6**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**46.9**	**2.0%**	**62**
Health Policy, Planning and Information	55.5	9.4	0.0	107.1	10.6	182.6	7.7%	644
(Actual spending)	**68.3**	**9.9**	**0.0**	**90.5**	**13.0**	**181.7**	**7.8%**	**790**
Corporate Services	0.0	0.0	0.0	36.2	119.8	156.0	6.5%	1,004.0
(Actual spending)	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**36.2**	**167.3**	**203.5**	**8.8%**	**1,048.0**
New Structure Total ($)								
(Planned spending)	129.3	692.7	1,289.8	143.3	130.4	2,385.5		
(Actual spending)	**112.6**	**634.4**	**1,266.5**	**126.7**	**180.3**	**2,320.5**		
% of Total								
(Planned spending)	5.4%	29.0%	54.1%	6.0%	5.5%		100.0%	
(Actual spending)	**4.8%**	**27.3%**	**54.6%**	**5.5%**	**7.8%**		**100.0%**	
Full-Time Equivalents (FTEs)								
(Planned spending)	294	3,744	1,385	611	698			6,732
(Actual spending)	**302**	**3,830**	**1,363**	**612**	**987**			**7,094**

Note: due to rounding, figures may not add up to totals shown

Financial Table 3:

Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in Budget 1999 and Budget 2000, reprofiling of resources, or sunsetting of initiatives. Some funding announcements were for one year only, as was the case in Health Care Policy in 1998-1999, e.g. Canadian Institute for Health Information and NURSE Fund.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Health Care Policy	264.6	128.4	129.3	112.6	112.6
Health Promotion and Protection	517.8	1,401.4[1]	692.7	641.0	634.4
First Nations and Inuit Health	1,041.3	1,128.1	1,289.8	1,266.5	1,266.5
Information and Knowledge Management	n/a[2]	88.7	143.3	131.8	126.7
Departmental Management and Administration	171.1	148.7	130.4	183.0	180.3
Total	**1,994.8**	**2,895.3**	**2,385.5**	**2,334.9**	**2,320.5**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

(1) 1999-2000 Actual Spending for Health Promotion and Protection includes $855.3 million for a one-time court-ordered payment.

(2) Prior to 1999-2000 the functions of the Information & Knowledge Management Business Line were decentralized. The official transfer to this business line took effect April 1, 1999.

Financial Table 4: Crosswalk between Old Structure and New Structure

During 2000-2001, Health Canada undertook a realignment of its organization from six business lines to three main business lines: Health Care Policy; Health Promotion and Protection; and First Nations and Inuit Health. Two additional business lines support this work: Information and Knowledge Management; and Departmental Management and Administration. Regional operations are an important aspect of Health Canada's organizational structure across these business lines. The Department has six main regional offices across the country that employ about 40 percent of its work force.

Total Planned Spending and Actual Spending 2000-2001 (millions of dollars)

	New Structure (New Business Lines)						Old Structure	
Old Structure (Old Bus. Lines)	Health Care Policy	Health Promotion & Protection	First Nations and Inuit Health	Information & Knowledge Management	Departmental Management & Administration	Total ($)	% of Total	FTEs
Management of Risks to Health	0.0	296.7	0.0	0.0	0.0	296.7	12.4%	2,836
(Actual spending)	0.0	309.4	0.0	0.0	0.0	309.4	13.3%	2,987
Promotion of Population Health	0.0	358.5	0.0	0.0	0.0	358.5	15.0%	731
(Actual spending)	0.0	289.9	0.0	0.0	0.0	289.9	12.5%	700
Aboriginal Health	0.0	25.5	1,289.8	0.0	0.0	1,315.3	55.1%	1,403
(Actual spending)	0.0	22.6	1,266.5	0.0	0.0	1,289.1	55.6%	1,587
Health System Support and Renewal	73.8	2.6	0.0	0.0	0.0	76.4	3.2%	114
(Actual spending)	44.3	2.6	0.0	0.0	0.0	46.9	2.0%	62
Health Policy, Planning and Information	55.5	9.4	0.0	107.1	10.6	182.6	7.7%	644
(Actual spending)	68.3	9.9	0.0	90.5	13.0	181.7	7.8%	790
Corporate Services	0.0	0.0	0.0	36.2	119.8	156.0	6.5%	1,004.0
(Actual spending)	0.0	0.0	0.0	36.2	167.3	203.5	8.8%	1,048.0
New Structure Total ($)								
(Planned spending)	129.3	692.7	1,289.8	143.3	130.4	2,385.5		
(Actual spending)	112.6	634.4	1,266.5	126.7	180.3	2,320.5		
% of Total								
(Planned spending)	5.4%	29.0%	54.1%	6.0%	5.5%		100.0%	
(Actual spending)	4.8%	27.3%	54.6%	5.5%	7.8%		100.0%	
Full-Time Equivalents (FTEs)								
(Planned spending)	294	3,744	1,385	611	698			6,732
(Actual spending)	382	3,830	1,363	612	987			7,894

Note: due to rounding, figures may not add up to totals shown

Financial Table 5:

Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source. Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format. A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation and Product Safety.

(millions of dollars)

	Actual Revenues 1998-1999	Actual Revenues 1999-2000	Planned Revenues 2000-2001	Total Authorities[1] 2000-2001	Actual Revenues 2000-2001
Respendable Revenues[2] Business Line / Service Line					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Health Products and Food	32.8	39.8	36.0	40.7	34.5
Healthy Environments and Consumer Safety	6.1	6.6	3.4	9.1	6.9
Pest Management Regulation	7.8	7.3	0.2	7.0	7.0
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.7	6.8	9.1	9.1	7.2
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	1.2	0.4	0.7	0.7	0.3
Total Respendable Revenues[2]	**54.7**	**61.0**	**49.5[3]**	**66.7**	**55.9**
Non-Respendable Revenues Main Classification and Source					
Tax revenues:					
Goods and services tax	0.2	0.3	-	-	0.2
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	6.3	5.2	-	-	11.6
Service fees	2.1	1.9	2.8	2.8	1.7
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	-
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.3	0.6	-	-	0.8
Miscellaneous non-tax revenues	7.0	6.6	1.2	1.2	8.5
Total Non-Respendable Revenues	**15.9**	**14.6**	**7.8**	**7.8**	**22.7**
Total Revenues	**70.6**	**75.6**	**57.3**	**74.5**	**78.6**

(1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
(2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.
(3) Planned respendable revenues do not include the respendable revenues approved after Main Estimates: Pest Management Regulation $6.8 million, Medical Devices $4.7 million and Occupational Health and Safety $5.7 million.

Financial Table 6:

Statutory Payments

Health Canada's only statutory payment in recent years was for a one-time court-ordered payment of $855.3 million providing compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

Statutory Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Line	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities[1] 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Health Promotion and Protection	0.0	855.3	0.0	0.0	0.0
Total Statutory Payments	**0.0**	**855.3**	**0.0**	**0.0**	**0.0**

(1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 5:

Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source. Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format. A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation and Product Safety.

(millions of dollars)

	Actual Revenues 1998-1999	Actual Revenues 1999-2000	Planned Revenues 2000-2001	Total Authorities[1] 2000-2001	Actual Revenues 2000-2001
Respendable Revenues[2] Business Line / Service Line					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.1	0.1	0.1	**0.0**
Health Products and Food	32.8	39.8	36.0	40.7	**34.5**
Healthy Environments and Consumer Safety	6.1	6.6	3.4	9.1	**6.9**
Pest Management Regulation	7.8	7.3	0.2	7.0	**7.0**
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.7	6.8	9.1	9.1	**7.2**
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	1.2	0.4	0.7	0.7	**0.3**
Total Respendable Revenues[2]	**54.7**	**61.0**	**49.5[3]**	**66.7**	**55.9**
Non-Respendable Revenues Main Classification and Source					
Tax revenues:					
Goods and services tax	0.2	0.3	-	-	**0.2**
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	6.3	5.2	-	-	**11.6**
Service fees	2.1	1.9	2.8	2.8	**1.7**
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	-
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.3	0.6	-	-	**0.8**
Miscellaneous non-tax revenues	7.0	6.6	1.2	1.2	**8.5**
Total Non-Respendable Revenues	**15.9**	**14.6**	**7.8**	**7.8**	**22.7**
Total Revenues	**70.6**	**75.6**	**57.3**	**74.5**	**78.6**

(1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
(2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.
(3) Planned respendable revenues do not include the respendable revenues approved after Main Estimates: Pest Management Regulation $6.8 million, Medical Devices $4.7 million and Occupational Health and Safety $5.7 million.

Financial Table 6:
Statutory Payments

Health Canada's only statutory payment in recent years was for a one-time court-ordered payment of $855.3 million providing compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

Statutory Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Line	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities[1] 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Health Promotion and Protection	0.0	855.3	0.0	0.0	**0.0**
Total Statutory Payments	**0.0**	**855.3**	**0.0**	**0.0**	**0.0**

(1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7:
Transfer Payments[1]

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants and Contributions) by Business Line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in Budget 1999 and Budget 2000 (e.g. Canada Prenatal Nutrition Program, Canadian Diabetes Strategy, Sustaining the Health Protection Capacity), the reprofiling of resources (e.g. Hepatitis C Health Care Services and Lookback/Traceback), or sunsetting of initiatives (e.g. Grant to the Canadian Blood Agency). Some funding announcements were for one year only, as was the case in Health Care Policy, in 1998-1999 (e.g. Canadian Institute for Health Information and NURSE Fund).

Transfer Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities[2] 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Grants					
Health Care Policy	167.1	11.9	11.9	11.9	**11.9**
Health Promotion and Protection	45.9	54.9	27.7	23.7	**23.7**
Total Grants	**213.0**	**66.8**	**39.6**	**35.6**	**35.6**
Contributions					
Health Care Policy	43.0	49.3	62.9	43.0	**43.0**
Health Protection and Promotion	150.9	157.8	240.6	202.2	**202.2**
First Nations and Inuit Health	485.6	545.9	580.3	589.1	**589.1**
Information and Knowledge Management	0.0	12.5	46.3	20.8	**20.8**
Departmental Management and Administration	30.8	32.2	19.5	41.0	**41.0**
Total Contributions	**710.3**	**797.7**	**949.6**	**896.1**	**896.1**
Total Transfer Payments	**923.3**	**864.5**	**989.2**	**931.7**	**931.7**

(1) Table does not include Statutory Payments.

(2) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7:
Transfer Payments[1]

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants and Contributions) by Business Line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in Budget 1999 and Budget 2000 (e.g. Canada Prenatal Nutrition Program, Canadian Diabetes Strategy, Sustaining the Health Protection Capacity), the reprofiling of resources (e.g. Hepatitis C Health Care Services and Lookback/Traceback), or sunsetting of initiatives (e.g. Grant to the Canadian Blood Agency). Some funding announcements were for one year only, as was the case in Health Care Policy, in 1998-1999 (e.g. Canadian Institute for Health Information and NURSE Fund).

Transfer Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1998-1999	Actual Spending 1999-2000	Planned Spending 2000-2001	Total Authorities[2] 2000-2001	Actual Spending 2000-2001
Grants					
Health Care Policy	167.1	11.9	11.9	11.9	11.9
Health Promotion and Protection	45.9	54.9	27.7	23.7	23.7
Total Grants	**213.0**	**66.8**	**39.6**	**35.6**	**35.6**
Contributions					
Health Care Policy	43.0	49.3	62.9	43.0	43.0
Health Protection and Promotion	150.9	157.8	240.6	202.2	202.2
First Nations and Inuit Health	485.6	545.9	580.3	589.1	589.1
Information and Knowledge Management	0.0	12.5	46.3	20.8	20.8
Departmental Management and Administration	30.8	32.2	19.5	41.0	41.0
Total Contributions	**710.3**	**797.7**	**949.6**	**896.1**	**896.1**
Total Transfer Payments	**923.3**	**864.5**	**989.2**	**931.7**	**931.7**

(1) Table does not include Statutory Payments.

(2) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending

(millions of dollars)

Health Care Policy Grants

Grants	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Grant to the Canadian Health Services Research Foundation to assist in the establishment and management of the Health Services Research Fund.	$11.0	The establishment and management of the Health Services Research Fund.	• The establishment and management of the Health Services Research Fund.
Grants less than $5 million.	$0.9	Grants to eligible non-profit international organizations in support of their projects or programs on health ($0.9M).	
Sub-total	$11.9		

Health Promotion and Protection Grants

Grants	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Grant to the Canadian Blood Services: Transition costs.	$5.0	Subsidization of transition costs towards implementation of management and operational structures.	• Establishment of management systems, administrative processes, standard operating procedures and safety and screening routines to ensure safety and effectiveness of the blood supply service.
Grant to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research.	$9.9	To expand activities in community health, resource development, training and skill development, and research.	• Expanded community-based initiatives that promote healthy activities and create a larger cadre of trained community members.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Health Promotion and Protection Grants (continued)

Grants	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Grant towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS.	$5.7	To support prevention of HIV/AIDS, to promote care, treatment and support for people affected by HIV/AIDS and to support biomedical and clinical research.	• Prevention of spread of HIV in vulnerable populations. • Strengthened community capacity to address HIV/AIDS issues of vulnerable populations. • Progress towards the development of effective drugs, vaccines and therapies.
Grants less than $5 million.	$3.1	• World Health Organization ($0.1M). • International Commission on Radiological Protection. ($0.005M). • Grant to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Breast Cancer Research Initiative ($3.0M).	
Sub-total	$23.7		
Total Grants	**$35.6**		

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Health Care Policy Contributions

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions to provincial and territorial governments, and to non-profit organizations in the health or social services field, in order to test and evaluate ways to improve the health care system of the future, specifically in four priority areas which were agreed to by the federal and provincial/ territorial governments (primary health care, home care, pharmacare, integrated service delivery).	$40.7	To nurture an improved health care system responsive to future health care needs and services.	• Generation and dissemination of evidence on new approaches to health care delivery.
Contributions less than $5 million.	$2.3	Funding for the Women's Health Contribution Program ($2.3M).	
Sub-total	$43.0		

Health Promotion and Protection Contributions

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions towards the Toxic Substances Research Initiative.	$8.4	To protect the health and environment of Canadians by improving and expanding the toxic substance knowledge base.	• Protection and preservation of human health and environment for current and future generations.
Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health, resource development, training and skill development, and research.	$27.9	To expand the knowledge base for program and policy development, to build more partnerships and to develop inter-sectoral collaboration.	• Evidence of the effectiveness of interventions to improve and promote health, reduce risks, and prevent disease, illness and injury.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Health Promotion and Protection Contributions (continued)

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Payments to provinces, territories and to national non-profit organizations to support the development of innovative alcohol and drug treatment and rehabilitation programs.	$14.5	To ensure accessible, effective and innovative alcohol and drug treatment and rehabilitation programs and services across Canada.	• Improved access to effective treatment and rehabilitation programming. • Leading edge research on best practices in substance abuse treatment and rehabilitation, in collaboration with the provinces and territories.
Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventative and early intervention services aimed at addressing the health and development problems experienced by young children at risk in Canada.	$75.5	To improve community capacity to respond to health and development needs of young children and to provide support to pregnant women whose health and pregnancy may be at some risk.	• Improved health and social development of children who are 0 to 6 years of age. • Improved access to prenatal care and health services for pregnant women.
Contributions towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS.	$22.6	To support prevention of HIV/AIDS, to promote care, treatment and support for people affected by HIV/AIDS and to support epidemiological and community-based research.	• Prevention of spread of HIV in vulnerable populations. • Strengthened community capacity to address HIV/AIDS issues of vulnerable populations. • Increased knowledge of HIV epidemiology.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Health Promotion and Protection Contributions (continued)

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families.	$19.7	To develop early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families.	• Enhanced programming for prenatal involvement and support for special needs children in the 114 community sites.
Payments to provinces and territories to improve access to health care and treatment services to persons infected with Hepatitis C through the blood system.	$29.6	To improve access to health care and treatment services to persons infected with Hepatitis C through the blood system.	
Contributions less than $5 million.	$4.0	• Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health ($2.3M). • Contributions to Canadian Blood Services and/or other designated transfusion/transplantation centres to support adverse event surveillance activities ($1.7M).	
Sub-total	$202.2		

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

First Nations and Inuit Health Contributions

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions for integrated Indian and Inuit community-based health care services.	$237.8	To provide funding in support of integrated community health services to status Indians and Inuit people, based on the needs of the community and within the scope of the Branch's operational standards and program goals. This includes the programs: • National Native Alcohol and Drug Abuse Program • Brighter Futures • Home and Community Care • Solvent Abuse • Canada Prenatal Nutrition Program • HIV/AIDS	• Improved physical, mental, social, health and well-being status of First Nations and Inuit people. • Reduction of death, illness, injury, disability and addictions.
Payments to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services.	$182.0	To increase responsibility and control by Indian communities of their own health care and to effect improvement in the health conditions of Indian people.	• Flexibility in the design and delivery of community health programs and services. • Maintenance of public health and safety through the provision of mandatory health and treatment programs. • Strengthened and enhanced accountability of Indian leaders to their communities.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

First Nations and Inuit Health Contributions (continued)

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Payment to Indian bands, associations or groups for the provision and control of Non-Insured Health Benefits (NIHB).	$24.2	To provide financial support to Indian bands, associations or groups for the provision and control of health services.	• NIHB services appropriate to the unique health needs of First Nations and Inuit people. • NIHB program/project sustainability from both cost and benefit management perspectives.
Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations or groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services.	$92.0	To provide contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations or groups or local governments and territorial governments for Non-Insured Health Services.	• Capacity building for First Nations and Inuit groups. • A pilot project agreement as part of a move towards increased autonomy.
Contribution towards the Aboriginal Head Start On-Reserve Program.	$22.6	To support early child development strategies that are designed and controlled by First Nations communities.	• Increased awareness of nutritional needs. • Increased family involvement in Aboriginal Head Start. • Increased community networking and support of pre-school needs.
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment.	$9.2	To financially assist the maintenance and provision of hospitals, other facilities and healthcare equipment in support of health services for FNI communities.	• Improved access to health services.

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

First Nations and Inuit Health Contributions (continued)

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions to First Nations and Inuit health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services.	$9.0	To contribute to FNI health promotion and prevention projects and for developmental projects to support FNI control of health services.	• Overall good health of community members. • Community support for the promotion of good health practices to build capacity to address community health problems.
Payments to the Aboriginal Health Institute / Centre for the Advancement of Aboriginal People's Health.	$7.3	To support and provide payments to the Aboriginal Health Institute / Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health.	• Empowerment of Aboriginal peoples through advancement and sharing of knowledge on Aboriginal health. • Strengthened collective knowledge and abilities.
Contributions less than $5 million.	$5.0	• Contributions to universities, colleges and other organizations to increase the participation of Indian and Inuit students in academic programs leading to professional health careers ($2.6M). • Contributions to the Government of Newfoundland towards the cost of health care delivery to Indian and Inuit communities ($0.6M). • Contributions to Indian and Inuit associations or groups for consultations on Indian and Inuit health ($1.8M).	
Sub-total	$589.1		

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Information and Knowledge Management Contributions

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Information Highway Support Program.	$6.6	To encourage the use of information and communications technologies to better serve the health needs of the people of Canada.	To further stimulate the design, development and implementation of advanced information technologies, applications and context for the health sector.
Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health.	$7.8	To support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health.	To support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health.
Contributions less than $5 million.	$6.4	• Contributions to the Canadian Institute for Health Information ($2.3M). • Contributions for First Nations and Inuit health promotion and prevention projects and for development projects to support First Nation and Inuit control of health services ($2.1M). • Contributions to Canada health infostructure partnership program ($2.0M).	
Sub-total	$20.8		

Financial Table 8: Details of Transfer Payments, 2000-2001 Actual Spending (continued)

(millions of dollars)

Departmental Management and Administration Contributions

Contributions	Amount	Objective	Planned Result / Milestone
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment.	$38.0	To financially assist the maintenance and provision of hospitals, other facilities and healthcare equipment in support of health services for First Nations and Inuit communities.	• Improved access to health services.
Contributions less than $5 million.	$3.0	• Contributions for integrated Indian and Inuit community based health care services ($3.0M).	
Sub-total	$41.0		
Total Contributions	**$896.1**		

Financial Table 9: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 2000-2001 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Departmental Performance. (millions of dollars)

Organization	Business Lines					
	Health Care Policy	Health Promotion & Protection	First Nations and Inuit Health	Information & Knowledge Management	Departmental Management & Administration	Total
Health Policy and Communications	129.3	-	-	-	-	129.3
(Total authorities)	*112.6*	-	-	-	-	*112.6*
(Actuals)	**112.6**	-	-	-	-	**112.6**
Population and Public Health	-	415.9	-	-	-	415.9
(Total authorities)	-	*349.4*	-	-	-	*349.4*
(Actuals)	-	**348.5**	-	-	-	**348.5**
Health Products and Food	-	118.7	-	-	-	118.7
(Total authorities)	-	*125.0*	-	-	-	*125.0*
(Actuals)	-	**122.9**	-	-	-	**122.9**
Healthy Environments and Consumer Safety	-	137.3	-	-	-	137.3
(Total authorities)	-	*143.4*	-	-	-	143.4
(Actuals)	-	**140.5**	-	-	-	140.5
Pest Management and Regulatory Agency	-	20.8	-	-	-	20.8
(Total authorities)	-	*23.2*	-	-	-	*23.2*
(Actuals)	-	**22.5**	-	-	-	**22.5**
First Nations and Inuit Health	-	-	1,289.8	-	-	1,289.8
(Total authorities)	-	-	*1,266.5*	-	-	*1,266.5*
(Actuals)	-	-	**1,266.5**	-	-	**1,266.5**
Information, Analysis and Connectivity	-	-	-	143.3	-	143.3
(Total authorities)	-	-	-	*131.8*	-	*131.8*
(Actuals)	-	-	-	**126.7**	-	**126.7**
Corporate Services	-	-	-	-	130.4	130.4
(Total authorities)	-	-	-	-	*183.0*	*183.0*
(Actuals)	-	-	-	-	**180.3**	**180.3**
Total	129.3	692.7	1,289.8	143.3	130.4	2,385.5
(Total authorities)	*112.6*	*641.0*	*1,266.5*	*131.8*	*183.0*	*2,334.9*
(Actuals)	**112.6**	**634.4**	**1,266.5**	**126.7**	**180.3**	**2,320.5**
% of Total	**4.8%**	**27.3%**	**54.6%**	**5.5%**	**7.8%**	**100.0%**

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 2000-2001 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).
Bolded numbers denote actual spending in 2000-2001

Financial Table 9: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 2000-2001 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Departmental Performance. (millions of dollars)

Organization	Business Lines					
	Health Care Policy	Health Promotion & Protection	First Nations and Inuit Health	Information & Knowledge Management	Departmental Management & Administration	Total
Health Policy and Communications	129.3	-	-	-	-	129.3
(Total authorities)	*112.6*	-	-	-	-	*112.6*
(Actuals)	**112.6**	-	-	-	-	**112.6**
Population and Public Health	-	415.9	-	-	-	415.9
(Total authorities)	-	*349.4*	-	-	-	*349.4*
(Actuals)	-	**348.5**	-	-	-	**348.5**
Health Products and Food	-	118.7	-	-	-	118.7
(Total authorities)	-	*125.0*	-	-	-	*125.0*
(Actuals)	-	**122.9**	-	-	-	**122.9**
Healthy Environments and Consumer Safety	-	137.3	-	-	-	137.3
(Total authorities)	-	*143.4*	-	-	-	143.4
(Actuals)	-	**140.5**	-	-	-	140.5
Pest Management and Regulatory Agency	-	20.8	-	-	-	20.8
(Total authorities)	-	*23.2*	-	-	-	*23.2*
(Actuals)	-	**22.5**	-	-	-	**22.5**
First Nations and Inuit Health	-	-	1,289.8	-	-	1,289.8
(Total authorities)	-	-	*1,266.5*	-	-	*1,266.5*
(Actuals)	-	-	**1,266.5**	-	-	**1,266.5**
Information, Analysis and Connectivity	-	-	-	143.3	-	143.3
(Total authorities)	-	-	-	*131.8*	-	*131.8*
(Actuals)	-	-	-	**126.7**	-	**126.7**
Corporate Services	-	-	-	-	130.4	130.4
(Total authorities)	-	-	-	-	*183.0*	*183.0*
(Actuals)	-	-	-	-	**180.3**	**180.3**
Total	129.3	692.7	1,289.8	143.3	130.4	2,385.5
(Total authorities)	*112.6*	*641.0*	*1,266.5*	*131.8*	*183.0*	*2,334.9*
(Actuals)	**112.6**	**634.4**	**1,266.5**	**126.7**	**180.3**	**2,320.5**
% of Total	**4.8%**	**27.3%**	**54.6%**	**5.5%**	**7.8%**	**100.0%**

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 2000-2001 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).
Bolded numbers denote actual spending in 2000-2001

Financial Table 10:

Contingent Liabilities

There are a number of individual as well as class action suits against the Government with allegations of negligence related to the federal government's role in the regulation of medical devices and blood. Because of the complexity of the claims and the stage of the litigation, a reliable estimate of potential contingent liabilities cannot be made at this time with regard to the class action and individual suits.

The class action suits brought on behalf of Canadians infected with hepatitis C through the Canadian blood system between January 1, 1986 and July 1, 1990 were resolved through the Settlement Agreement approved by the courts effective January 2000. Class action suit members are bound by the Settlement unless they opted out in writing before January 31, 2001. In January 2000, the federal government paid approximately $855.3 million to the Settlement Trustee appointed by the courts, fully discharging the federal government's liability for the class action suits related to the 1986-1990 period under the Settlement.

The remaining individual and class action suits are being defended.

SECTION VI: OTHER INFORMATION

Departmental Contacts

General enquiries

Write to us:

Health Canada
0900C2 Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
CANADA

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/ >

E-mail us: < http://info@www.hc-sc.gc.ca/english/feedback.htm#general >

Fax us: General enquiries (613) 941-5366

Telephone us: Headquarters (613) 957-2991

Deputy Minister
0915B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-0212

Senior Assistant Deputy Minister
Corporate Services Branch
0905B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 952-3984

Assistant Deputy Minister
First Nations and Inuit Health Branch
1921A Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 957-7701

Associate Deputy Minister
0915A Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 954-5904

Assistant Deputy Minister
Health Policy and
Communications Branch
0911B1 Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-3059

Associate to the Assistant Deputy Minister
First Nations and Inuit Health Branch
1921A Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 952-3151

Assistant Deputy Minister
Health Products and Food Branch
0701A1 Health Protection Building
Ottawa, Ontario K1A 0L2
(613) 957-1804

Assistant Deputy Minister
Information, Analysis and Connectivity Branch
0913D Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 946-3209

Senior General Counsel
Legal Services
0902B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-3766

Regional Director General
Quebec Region
Complexe Guy Favreau, East Tower
Suite 202
200 René Lévesque Blvd.
Montreal, Quebec H2Z 1X4
(514) 283-2856

Regional Director General
Alberta and Northwest Territories Region
Canada Place, Suite 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
(780) 495-6737

Regional Director General
Manitoba and Saskatchewan Region
437-391 York Avenue
Winnipeg, Manitoba R3C 0P4
(204) 984-4359

Assistant Deputy Minister
Population and Public Health Branch
1916A Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 954-8524

Assistant Deputy Minister
Healthy Environments and Consumer Safety Branch
1600 Scott Street, Holland Cross
Tower B, 5th floor 3105A
Ottawa, Ontario K1A 1B6
(613) 946-6701

Regional Director General
Ontario and Nunavut Region
4th Floor
25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
(416) 954-3592

Regional Director General
Atlantic Region
Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
(902) 426-4097

Regional Director General
British Columbia and Yukon Region
2nd Floor, Room 235, Sinclair Centre - Federal Tower
757 West Hasting Street
Vancouver, British Columbia V6C 1A1
(604) 666-5251

Executive Director
Pest Management Regulatory Agency
6607D2, 2250 Riverside Drive
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 736-3708

Executive Director General
Audit and Accountability Bureau
3713C Vanguard Building
171 Slater Street
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 954-2215

Executive Director
Nursing Policy
3807A, 275 Slater Street
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 941-4314

Office of the Chief Scientist
2203A1 Frederick G Banting
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 941-3003

References

Selected Health Canada publications available from:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Telephone: (613) 954-5995
Fax: (613) 941-5366
Telecommunication Device for the Deaf: 1-800-267-1245

General Interest

All Together Now: How Families are Affected by Depression and Manic Depression

Because... Life Goes On: Helping Children and Youth Live with Separation and Divorce

Canada's Child Health Record

Canada's Food Guide to Healthy Eating

Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living

Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults

Eat Together. Talk Together. Grow Together

Food for Thought: The Challenge of Health Protection

Food Safety and You

Guide to Federal Programs and Services for Children and Youth

Health Canada... Taking Action on Rural Health

It Helps to Talk: How to Get the Most from a Visit to Your Doctor (1999)

Role Modelling: A Parent's Toughest Performance

Seniors Guide to Federal Programs and Services

The Many Faces of Diabetes

10 Great Reasons to Breastfeed

10 Valuable Tips for Successful Breastfeeding

12 Lousy Reasons for Riding with a Drinking Driver

Reports

A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document (1974)

A Way Out: Women with Disabilities and Smoking (1997)

Aboriginal Health in Canada (1992)

Action Towards Healthy Eating (1990)

Best Practices - Fetal Alcohol Syndrome/ Fetal Alcohol Effects and the Effects of Other Substance Use During Pregnancy

Best Practices - Substance Abuse - Treatment and Rehabilitation

Canada Health Action: Building on the Legacy (Final Report of the National Forum on Health) (1997)

Canada Health Infoway: Paths to Better Health (1999)

Canada's Drug Strategy (1998)

Child Sexual Abuse Guidelines for Community Workers: Strengthening Community Response (1991)

Cocaine Use - Recommendations in Treatment and in Rehabilitation

Exploring the Links Between Substance Use and Mental Health: A Discussion Paper (1996)

Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health (1999)

Horizons Three - Young Canadians' Alcohol and Other Drug Use: Increasing Our Understanding (1996)

Nutrition for a Healthy Pregnancy (1999)

Nutrition for Healthy Term Infants (1998)

Nutrition Recommendations – A Call for Action (1989)

Office Air: A Worker's Guide to Air Quality in Offices, Schools, and Hospitals (1995)

Promoting Heart Health in Canada: A Focus on Cholesterol (1991)

Promoting Heart Health in Canada: A Focus on Heart Health Inequalities (1993)

Report on the Health of Canadians (1996)

Report on the National Forum on Breast Cancer (1994)

Rural Women and Substance Abuse: Issues and Implications for Programming (1996)

Second Report on the Health of Canadians: Toward a Healthy Future (1999)

Trends in the Health of Canadian Youth (1999)

Statutes and Regulations

A. Statutes and/or Regulations for which the Minister of Health is Responsible

This first list includes the Acts in whole or in part and/or specific regulations which are under the responsibility of the Minister of Health.

1) *Canada Health Act*, R.S.C. 1985, c. C-6
   - Extra-billing and User Charges Information Regulations, SOR/86-259
2) *Canadian Centre on Substance Abuse Act,* R.S.C. 1985, c. 49 (4th Supp.)
3) *Canadian Environmental Protection Act 1999,* R.S.C. 1985, c. 15.31
4) *Canadian Institutes of Health Research Act*, S.C. 2000 c.6
5) *Controlled Drugs and Substances Act*, R.S.C. 1985, c. C-38.8, SOR/2001-227
6) *Department of Health Act,* R.S.C. 1985, c. H-3.2
   - Potable Water on Common Carriers, C.R.C. 1105 as am. by SOR/78-400
   - Human Pathogens Importation Regulations, SOR/94-558
7) *Financial Administration Act,* R.S.C. 1985, c. F-11
   - Radiation Dosimetry Services Fees Regulations, SOR/90-109 as am. by SOR/94-279
   - Authority to Sell Drugs Fees Regulations, SOR/95-31
   - Drug Evaluation Fees Regulations, SOR/95-424
   - Medical Devices Fees Regulations, SOR/98-432 as am. by SOR/2000-312
   - Veterinary Drug Evaluation Fees Regulations, SOR/96-143
   - Regulations Prescribing Fees to be Paid for a Pest Control Product, SOR/97-173
   - Establishment Licensing Fees Regulations,(1056) SOR/98-4
   - Licensed dealers for Controlled Drugs and Narcotics Fees Regulations, SOR/98-5
8) *Fitness and Amateur Sport Act*, R.S.C. 1985, c. F-25
9) *Food and Drugs Act,* R.S.C. 1985, c. F-27
10) *Hazardous Materials Information Review Act*, R.S.C. 1985, c. H-2.7
11) *Hazardous Products Act*, R.S.C. 1985, c. H-3
12) *Medical Research Council Act,* R.S.C. 1985, c. M-4, repealed on May 31, 2001 and replaced by the *Canadian Institutes of Health Research Act*, S.C. 2000 c. 6, SI/2001-66
    - Designation Order of the Responsible Minister, SI/77-207
13) *Patent Act*, R.S.C. 1985, c. P-4

- Patented Medicines (Notice of Compliance) Regulations, SOR/93-133 as am. by SOR/98-166, SOR/99-379
- Patented Medicines Regulations, 1994, SOR/88-474, SOR/94-688 as am. by SOR/95-172, SOR/98-105
- Order designating the Minister, SI/93-114
- Manufacturing and Storage of Patented Medicines Regulations, SOR/93-134 repealed 2000-373
- Form and Term of Patents, SI/2001-83

14) *Pest Control Products Act*, R.S.C. 1985, c. P-9

15) *Pesticide Residue Compensation Act*, R.S.C. 1985, c. P-10

16) *Quarantine Act*, R.S.C. 1985, c. Q-1

17) *Queen Elizabeth II Canadian Research Fund Act*, R.S.C. 1970, c. Q-1

18) *Radiation Emitting Devices Act*, R.S.C. 1985, c. R-1

19) *Tobacco Act*, R.S.C. 1985, c. T-11.5
- Tobacco (Access) Regulations, SOR/99-93
- Tobacco (Seizure and Restoration) Regulations, SOR/99-94
- Tobacco Products Information Regulations, SOR/2000-272
- Tobacco Reporting Regulations, SOR/2000-273

B. Statutes not administered by the Minister of Health

This second list includes the Acts which are administered by other Ministers in which the Minister of Health Plays an Advisory or Consultative Role.

20) *Broadcasting Act*, R.S.C. 1985, c. B-9.01

21) *Canada Labour Code*, R.S.C. 1985, c. L-2, as am. by S.C. 2000, c. 20

22) *Canada Medical Act*, R.S.C. 1952, c. 27

23) *Canada Shipping Act*, R.S.C. 1985, c. S-9
- Ships Crews Food and Catering Regulations, C.R.C. 1978, c.1480

24) *Canadian Food Inspection Agency Act*, R.S.C. 1985, c. C-16.5

25) *Emergency Preparedness Act*, R.S.C. 1985, c. 6 (4th Supp.)

26) *Energy Supplies Emergency Act*, R.S.C. 1985, c. E-9

27) *Excise Tax Act*, R.S.C. 1985, c. E-15

28) *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, R.S.C. 1985, c. F-8

29) *Feeds Act*, R.S.C. 1985, c. F-9

30) *Immigration Act*, R.S.C. 1985, c. I-2

31) *National Parks Act*, R.S.C. 1985, c. N-14

32) *Nuclear Safety and Control Act*, R.S.C. 1985, N-28.3

- General Nuclear Safety and Control Regulations, SOR/2000-202

33) *Trade Marks Act*, R.S.C. 1985, c. T-13

Index

Aboriginal/Indian/First Nations and Inuit
6, 11, 13, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 40, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 69, 70, 71, 75, 91, 98, 100, 101, 102, 104, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 121
- Aboriginal Career Development Initiative 70
- Aboriginal Diabetes 59
- Aboriginal Head Start 59, 111
- First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects Initiative 60, 121
- First Nations and Inuit Health Accountability Framework 13, 63
- First Nations and Inuit Health Information System 62, 66
- Home and Community Care Program 60
- National Aboriginal Council on HIV/AIDS 61
- National Native Alcohol and Drug Abuse Program 59, 110
- Non-Insured Health Benefits Program 30, 63, 111
- Youth Solvent Abuse Treatment Program 59

Acts
- Assisted Human Reproduction Act 84
- Canada Health Act 18, 27, 31, 32, 71
- Canadian Environmental Protection Act 49, 50, 70, 75, 122
- Canadian Food Inspection Agency Act 123
- Controlled Drugs and Substances Act 51, 122
- Food and Drugs Act 82, 83, 122
- Hazardous Products Act 49, 122
- Pest Control Products Act 21, 29, 54, 55, 80, 81, 123
- Tobacco Act 52, 123

air pollution 50, 55
alcohol/drinking 20, 21, 29, 36, 48, 51, 52, 59, 108, 120, 121
Audit and Accountability Bureau 20, 22, 25, 26, 119

biologics 18, 44
biotechnology 29, 44, 45, 47, 49
blood 43, 46, 83, 103, 104, 105, 109, 116
- Canadian Blood Services 105, 109

Canada Health and Social Transfer 11, 18, 32
Canada Health Infoway Inc. 66, 121
Canadian Community Health Survey 66
Canadian Food Inspection Agency 42, 45, 123
Canadian Health Infostructure Partnership Program 65, 113
Canadian Health Network 66
Canadian Health Services Research Foundation 105
Canadian Institute for Health Information 66, 67, 100, 104, 113
Canadian Institutes of Health Research 47, 67, 122
Canadian Perinatal Surveillance System 91
Canadian Population Health Initiative 38
chemicals 20, 21, 29, 36, 49, 50, 51, 52, 56, 57, 86
Chief Scientist 13, 22, 25, 26, 70, 119

children/childhood
18, 20, 36, 38, 40, 41, 43, 46, 56, 59, 62, 71, 108, 109, 111, 120, 121
Centres of Excellence for Children's Well-Being 43
Community Action Program for Children 38
Early Childhood Development Initiative 90
Commission on the Future of Health Care in Canada 12

disease(s)
13, 17, 18, 20, 21, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 58, 61, 71, 78, 107
asthma 75
breast cancer 106, 121
cancer 39, 67, 106
Creutzfeldt-Jakob 43
diabetes 11, 39, 41, 59, 61, 62, 71, 91, 104, 120
heart 33, 50, 121
hepatitis C 37, 41, 43, 71, 98, 103, 104, 109, 116
HIV/AIDS 40, 41, 51, 61, 71, 91, 106, 108, 110
tuberculosis 43
zoonotic 40
drugs/pharmaceuticals
18, 19, 20, 32, 36, 44, 45, 46, 47, 51, 63, 64, 72, 88, 89, 102, 106, 121, 122
marijuana 51
pharmacare 33, 107
veterinary 40, 102

emergency services/preparedness/response 22, 28, 40, 41, 42, 43, 123
environmental health 18, 48, 54, 55, 61

First Ministers' Agreement on Health 11, 36, 90, 92
food(s)
18, 20, 21, 25, 26, 28, 35, 36, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 56, 67, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 102, 114, 118, 120, 122, 123

genetics 72
Geographic Information System 37
Government On-Line 73, 95
Great Lakes 75

Health Transition Fund 31, 33, 60
Healthy Lawns 55
home and community care 32, 60, 110

Information Highway 22, 113
Institute on Gender and Health 33

medical devices 18, 20, 44, 46, 87, 89, 102, 116, 122
Medicare 18, 20
mental health 40, 60, 62, 64, 121
International Network for Mental Health Promotion 40

National Health Surveillance Infostructure 42, 66
natural health products 18, 44, 47, 85
nursing 32, 33, 34, 59, 61, 119

nutrition 39, 41, 44, 45, 46, 77, 78, 79, 111, 121
Canada Prenatal Nutrition Program 39, 60, 91, 104, 110

occupational health 19, 48, 50, 102
ozone 50, 75, 76

pest control products/pesticides 18, 20, 21, 29, 36, 54, 55, 56, 57, 75, 122
Pest Management Regulatory Agency 21, 25, 26, 55, 56, 102, 118
physical activity 39, 120
privacy 30, 65, 66

radiation 49, 50, 102, 122, 123
Regulations
Administrative Monetary Penalties 80
Bilingual Labelling 81
Food and Drug 77, 78, 80, 81, 85
Medical Devices 44, 46, 87
Tobacco Products Information 52, 85, 123
Tobacco Reporting 52, 86, 123
reproductive health 61
rural health 38, 120
Rural and Remote Health Innovations Initiative 38

Science Advisory Board 13, 45
seniors/aging 33, 67, 120
Social Union Framework Agreement 90, 91
sustainable development 21, 31, 36, 37, 44, 48, 54, 55, 58, 65, 69, 71, 74, 75, 76

telehealth 62, 65, 66
tobacco/smoking 11, 13, 18, 20, 21, 29, 36, 48, 51, 52, 75, 85, 86, 121, 123
toxic substances 18, 107
Toxic Substances Research Initiative 107
transplants/transplantation 45, 46, 71, 82, 109
Canadian Council for Donation and Transplantation 45
xenotransplants/xenotransplantation 84

water 20, 36, 42, 50, 61, 122
women 33, 39, 40, 41, 46, 60, 107, 108, 121
Canadian Women's Health Network 33
Centres of Excellence for Women's Health 33
pregnant/pregnancy 60, 108, 121
Women's Health Contribution Program 107

Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2001

Canada

Présentation améliorée des rapports au Parlement
Document pilote

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le Rapport sur le rendement met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2001

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

No de catalogue BT31-4/42-2001
ISBN 0-660-61691-2

Avant-propos

Au printemps 2000, la présidente du Conseil du Trésor a déposé au Parlement le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes* : *Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Ce document expose clairement les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour améliorer et moderniser les pratiques de gestion des ministères et organismes fédéraux.

En ce début de millénaire, l'approche utilisée par le gouvernement pour offrir ses programmes et services aux Canadiens et Canadiennes se fonde sur quatre engagements clés en matière de gestion. Tout d'abord, les ministères et les organismes doivent reconnaître que leur raison d'être est de servir la population canadienne et que tous leurs programmes, services et activités doivent donc être « axés sur les citoyens ». Deuxièmement, le gouvernement du Canada s'est engagé à gérer ses activités conformément aux valeurs les plus élevées de la fonction publique. Troisièmement, dépenser de façon judicieuse, c'est dépenser avec sagesse dans les secteurs qui importent le plus aux Canadiens et Canadiennes. En dernier lieu, le gouvernement du Canada entend mettre l'accent sur les résultats, c'est-à-dire sur les retombées et les effets des programmes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats, par l'entremise des ministres, au Parlement et aux citoyens. Plus tôt cette année, les ministères et les organismes ont été invités à rédiger leurs rapports en appliquant certains principes. Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats, soit les avantages dévolus aux Canadiens et Canadiennes, plutôt que sur les activités. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte et le rattacher aux engagements antérieurs, tout en expliquant les écarts. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer clairement les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Par l'intermédiaire des rapports sur le rendement, les ministères et organismes visent à répondre au besoin croissant d'information des parlementaires et des Canadiens et Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les parlementaires et les autres lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer la qualité de ces rapports. Nous invitons donc tous les lecteurs à évaluer le rendement d'une institution gouvernementale en se fondant sur les principes précités et à lui fournir des commentaires en vue du prochain cycle de planification.

Le présent rapport peut être consulté par voie électronique sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante :
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp
Les observations ou les questions peuvent être adressées directement au webmestre de ce site Web ou à l'organisme suivant :

Direction de la Gestion des résultats et des rapports
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5
Téléphone : (613) 957-7167 – Télécopieur : (613) 957-7044

SANTÉ CANADA

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2001

Allan Rock
Ministre de la Santé

Le présent rapport

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes le présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2001.

Le document donne un aperçu des principales initiatives pour lesquelles Santé Canada a utilisé les ressources confiées par le Parlement et les contribuables canadiens pour chacun de ses cinq secteurs d'activité comme suit :

- Politique en matière de soins de santé
- Promotion et protection de la santé
- Santé des Premières nations et des Inuits
- Gestion de l'information et du savoir
- Gestion et administration ministérielle

Aucun effort n'a été épargné pour rendre le présent rapport aussi clair et concis que possible. Si vous avez des questions ou si vous voulez de plus amples renseignements sur un programme ou un service en particulier, veuillez vous adresser à :

Santé Canada
Renseignements généraux
0900C2, Immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-2991
Télécopieur : (613) 941-5366
Site Web : < http://info@www.hc-sc.gc.ca/francais/commentr.htm#general >

COMMENTAIRES DU LECTEUR

RAPPORT MINISTÉRIEL SUR LE RENDEMENT DE SANTÉ CANADA POUR 2000-2001

Nous aimerions savoir ce que pensent les Canadiens et Canadiennes qui liront ce rapport. Vos commentaires nous aideront à produire des renseignements pertinents et faciles à comprendre. Veuillez envoyer le questionnaire rempli ou vos commentaires à l'adresse postale ou électronique ou au numéro de télécopieur ci-dessous.

1) Avez-vous trouvé les renseignements que vous cherchiez? ☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, quels renseignements cherchiez-vous?

2) a) Quelles parties du document avez-vous trouvées les plus utiles?

b) les moins utiles?

3) Recommanderiez-vous ce rapport à d'autres? ☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, pourquoi?

4) Avez-vous d'autres commentaires à formuler au sujet du rapport?

Envoyez le questionnaire rempli ou vos commentaires

par la poste à :
Division de la planification,
de l'analyse et des rapports
Direction générale des services
de gestion
0905D, immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

par télécopieur à :
(613) 952-7328

par courrier électronique à :
roger_keen@hc-sc.gc.ca
lucie_chartrand@hc-sc.gc.ca

Merci de votre collaboration

Table des matières

SECTION I :
MESSAGES 11

Message du Ministre 11

Résumé 13

SECTION II :
VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE 17

Notre vision 17

L'énoncé de mission de Santé Canada 17

Les objectifs de Santé Canada 17

Les rôles de Santé Canada 18

Description des secteurs d'activité 20

Transposition -
De l'ancienne vers la nouvelle structure des secteurs d'activité 25

Secteurs d'activité au sein de Santé Canada :
responsabilisation et dépenses réelles 2000-2001 26

Structure organisationelle 27

SECTION III :
RENDEMENT DU MINISTÈRE 29

A : Tableau des résultats stratégiques 29

B : Réalisations en matière de rendement 34

Secteur d'activité 1 : Politique en matière de soins de santé 34

Secteur d'activité 2 : Promotion et protection de la santé 39

Secteur de service A : Santé de la population et santé publique 41

Secteur de service B : Produits de santé et aliments 49

Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs 54

Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire 60

Secteur d'activité 3 : Santé des Premières nations et des Inuits 64

Secteur d'activité 4 : Gestion de l'information et du savoir 73

Secteur d'activité 5 : Gestion et administration ministérielle 77

Réalisations régionales 79

SECTION IV :
RAPPORT D'ENSEMBLE 83

Modernisation de la fonction de contrôleur 83

Développement durable 85

Projets de réglementation 89
Entente-cadre sur l'union sociale 102
Responsabilisation 103
Gestion des biens 105
Initiative d'amélioration des services 106
Gouvernement en direct 107

SECTION V : RENDEMENT FINANCIER 109

Aperçu du rendement financier 109
Tableaux financiers récapitulatifs 110
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2000-2001 110
Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 111
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 112
Tableau financier 4 : Concordance entre l'ancienne structure et la nouvelle structure 113
Tableau financier 5 : Recettes disponibles 114
Tableau financier 6 : Paiements législatifs 115
Tableau financier 7 : Paiements de transfert 116
Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 117
Tableau financier 9 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité 129
Tableau financier 10 : Pertes potentielles 130

SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS 131

Personnes-ressources au Ministère 131
Références 134
Lois et règlements 136
Index 139

L'Annexe A : *Mesurer la santé au Canada - plus de résultats sur l'état de santé des Canadiens* se trouve à l'adresse suivante :
< http://www.hc-sc.gc.ca/francais/depenses/ >.
Pour obtenir une copie imprimée de cette annexe,
veuillez téléphoner au (613) 954-5995.

SECTION I : MESSAGES

Message du Ministre

Au moment de présenter le rapport sur le rendement de Santé Canada en 2000-2001, nous sommes péniblement conscients des profonds changements que la tragédie du 11 septembre 2001 a suscités dans nos vies et dans les programmes d'action des gouvernements. Le plan antiterroriste du gouvernement du Canada incite Santé Canada à améliorer sa capacité d'intervention en cas de menace à la santé publique. Deux éléments clés, soit le Centre des mesures et des interventions d'urgence, créé durant le dernier exercice, et le Centre scientifique canadien de santé humaine et animale, situé à Winnipeg, permettent au Ministère d'exercer son rôle permanent de coordination des efforts en santé publique. Santé Canada prend aussi au sérieux son rôle de protecteur de la santé et de la sécurité des fonctionnaires fédéraux qui sont souvent à l'avant-garde de la lutte contre le terrorisme.

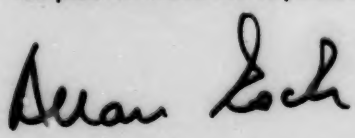
En 2000-2001, nous avons fait des progrès notables, de concert avec nos nombreux partenaires, pour améliorer la santé des Canadiens et tenir compte des priorités du système de santé canadien.

L'Entente des premur la santé de septembre 2000 constitue un jalon. Elle dote les gouvernements canadiens, provinciaux et territoriaux d'une vision, de principes et de priorités pour soutenir et moderniser le système canadien de santé public. Pour sa part, le gouvernement du Canada y engage des fonds additionnels de 21,2 milliards de dollars, dont 18,9 milliards en cinq ans dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux pour soutenir la réforme de la santé, et 2,3 milliards pour créer trois nouveaux fonds de soutien à l'investissement dans la télésanté, l'équipement médical et la réforme des soins primaires.

L'Entente sur la santé va bien au-delà de l'aspect financier ; elle définit une vision et des valeurs communes, vise le renforcement du système de santé par l'investissement dans l'innovation et la créativité, et illustre l'importance qu'accordent les premiers ministres au secteur des soins primaires, premier contact des Canadiens avec leur système de santé.

Notre approche avant-gardiste suscite des progrès en santé préventive – ces mesures qui font que les Canadiens jouissent de la meilleure santé possible. Des initiatives comme la nouvelle Stratégie de lutte contre le tabagisme, la Stratégie du diabète et la recherche en santé sont plus efficaces pour assurer la viabilité du système de santé. Notre approche fondamentale des problèmes de santé des collectivités des Premières nations et des Inuits nous permet de mieux répondre à leurs besoins particuliers. Nous avons demandé l'avis des députés et des Canadiens concernant un avant-projet de loi sur l'assistance à la procréation visant à protéger la santé et la sécurité des Canadiens qui cherchent de l'aide pour fonder une famille et à régir les pratiques de la recherche scientifique dans ce domaine.

Nous gardons le cap sur ces priorités. Par exemple, la création de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada illustre notre volonté d'assurer la pérennité du système de santé. Elle nous aidera à prendre les bonnes décisions pour améliorer davantage la santé des Canadiens qui sont déjà l'un des peuples les plus en santé de la planète.



L'honorable Allan Rock, C.P., député

Ministre de la Santé

Résumé

Dans tous les aspects de son travail, le rôle de Santé Canada est enraciné dans deux réalités fondamentales. D'abord, un vaste éventail de déterminants sociaux, comportementaux, physiques et économiques interagissent sur la santé des Canadiens. Ensuite, les priorités du Canada en santé imposent aux nombreux partenaires de collaborer et de coordonner leurs efforts. En plus des liens constants qu'il entretient avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les autres ministères fédéraux, Santé Canada travaille avec les Premières nations et les Inuits, les secteurs bénévole et communautaire, les professionnels de la santé, le secteur privé et les Canadiens. Voici un aperçu de ce que nous avons accompli en 2000-2001 :

- À la réunion des premiers ministres, les 10 et 11 septembre 2000 à Ottawa, le gouvernement du Canada, les provinces et les territoires ont entériné un plan qui assure la pérennité du système de soins de santé. Les Canadiens recevront des systèmes publics des soins de qualité favorisant la santé et le bien-être, de façon équitable et à des coûts avantageux.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/nouv_ordonnance.htm >

- De nouvelles étiquettes ont commencé à paraître sur les paquets de cigarettes au Canada. On y trouve de l'information sur les maladies du tabagisme et, à l'intérieur du tiroir, des conseils pour cesser de fumer. Le règlement autorisant ces images prenait force de loi en juin 2000 et les cigarettiers ont commencé, en décembre 2000, à vendre ces nouveaux paquets. Le Canada devenait ainsi le premier pays au monde à adopter des mesures d'étiquetage et de rapport d'une telle rigueur.

  < http://www.infotabac.com >

- Sur l'avis du Conseil consultatif des sciences, un groupe autonome qui conseille Santé Canada, nous avons créé le Bureau de l'expert scientifique en chef qui a pour mission d'insuffler leadership, cohérence et expertise à l'orientation stratégique générale des responsabilités, des activités et des besoins scientifiques du Ministère. Le poste relève directement du sous-ministre. Le premier expert scientifique en chef à Santé Canada est le D^{r} Kevin Keough, biochimiste de renommée internationale.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2001/2001_01f.htm >

- Un nouveau bureau assure la mise en œuvre du Cadre de responsabilisation qui permettra aux Premières nations, aux Inuits et au Ministère de faire valoir les résultats des investissements dans les programmes et les services, de relever les lacunes de service, d'augmenter la capacité de fournir des services, de mesurer le rendement et d'améliorer les pratiques générales de gestion. Ce Cadre a suscité de nouveaux accords types pour améliorer les mécanismes de responsabilisation, un cadre de contrôle de la gestion pour renforcer la gestion des pratiques reliées aux contributions, un processus de planification et de rapport amélioré, un modèle de planification en matière de santé et une première évaluation des capacités nécessaires.

- Doté d'un budget de 11 millions de dollars, l'Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées permet de financer des projets d'aide favorisant l'intégration et l'accessibilité d'une gamme complète de services de santé, la recherche de solutions aux problèmes de main-d'oeuvre et l'amélioration de la prestation des services de santé par une réforme du système.

  < http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/ >

- Un forum national des laboratoires de santé publique, créé de concert avec les laboratoires de santé provinciaux, coordonnera la surveillance et la capacité d'intervention en cas d'urgence. Il favorisera la détection et l'intervention précoces en cas d'éclosions de maladies infectieuses et de menaces bioterroristes.

- Nous avons raccourci les délais d'examen et d'approbation des nouveaux médicaments, ce qui en accélère l'apparition sur le marché et offre plus de choix aux Canadiens.

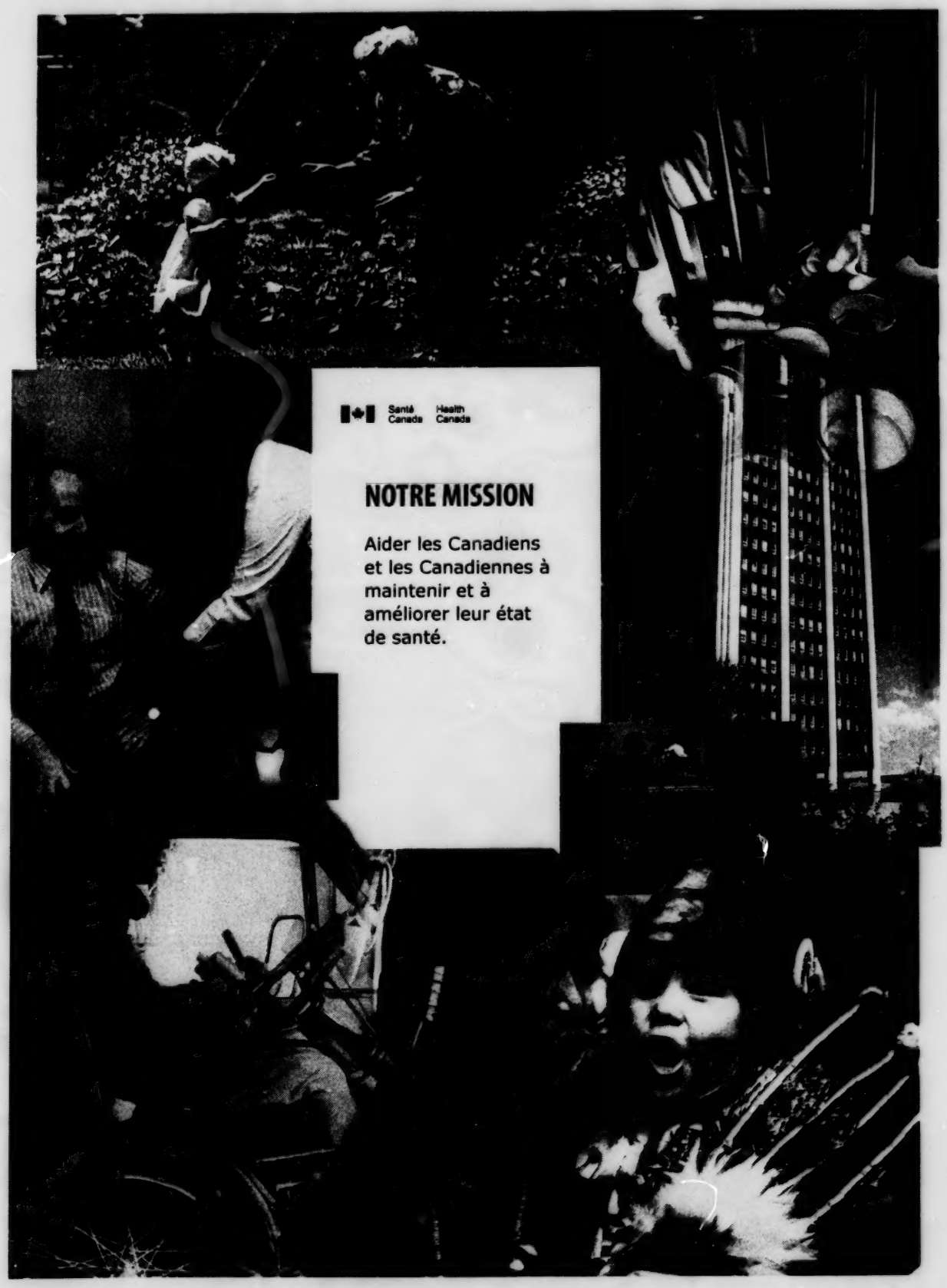
- Conscients de la nécessité de renforcer le partenariat intergouvernemental dans le domaine de la santé, nos bureaux régionaux ont accentué leur collaboration avec les autres administrations sur des questions comme la surveillance relative à la *Loi canadienne sur la santé*, le soutien de projets pilotes novateurs à l'échelle locale, provinciale ou territoriale.

- Santé Canada a créé des capacités de modernisation de la fonction de contrôleur grâce à l'exécution concertée d'initiatives d'envergure comme le *Gouvernement en direct*, la responsabilisation, la mesure du rendement, ainsi que les valeurs et l'éthique.

- La nouvelle organisation de Santé Canada a pris forme le 1er juillet 2000. Elle permet au Ministère de se concentrer sur l'amélioration continue de ses services à la population canadienne. Le remaniement avait pour but de faciliter la collaboration avec les partenaires du Ministère, de concentrer les ressources là où elles ont le plus d'effet, d'innover et de mieux répondre aux besoins. L'intégration des volets *protection de la santé et promotion de la santé* a eu pour principal effet de renforcer les programmes du Ministère dans ces deux domaines. Nous avons donc réorganisé l'ancienne Direction générale de la protection de la santé et l'ancienne Direction générale de la promotion et des programmes de la santé en trois nouvelles entités :

  - la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
  - la Direction générale des produits de santé et des aliments
  - la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

  < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_68f.htm >



Santé Canada Health Canada

NOTRE MISSION

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

SECTION II : VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE

Notre vision

Santé Canada s'efforce d'améliorer l'état de santé de tous les Canadiens et les Canadiennes, tout en respectant les choix individuels et les circonstances et, par conséquent, cherche à mettre le Canada parmi les pays au monde où les personnes sont le plus en santé (tel que mesuré par la durée d'une vie longue et saine durant laquelle on ne s'adresse au système de santé qu'en cas de besoin).

La santé est un état de bien-être complet sur le plan physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

< http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html >

L'énoncé de mission de Santé Canada

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Les objectifs de Santé Canada

En travaillant avec d'autres de façon à inspirer confiance aux Canadiens et aux Canadiennes, Santé Canada s'efforce :

- de minimiser les inégalités de santé entre les groupes.
- d'assurer (avec d'autres) que des services de santé d'une qualité supérieure sont offerts à tous les Canadiens et les Canadiennes, et que ces services sont efficaces et facilement accessibles.

- d'équilibrer et d'intégrer les efforts de renouvellement du système de soins de santé par le biais d'initiatives à long terme portant sur la prévention, la protection et la promotion de la santé.

Au Canada, la santé de chacun varie, tout comme les circonstances et les comportements individuels varient. L'atteinte de nos objectifs de santé dépend de notre habileté à améliorer la capacité de la collectivité à gérer les questions de santé et à aider les Canadiens et les Canadiennes à faire des choix informés quant à leur santé. Par le biais de la recherche et de la surveillance, Santé Canada s'assure également que les politiques des autres secteurs de la société canadienne soutiennent la santé.

Santé Canada cherche à assurer des résultats de santé optimaux, ce qui est une tâche de plus en plus difficile, étant donné la multiplicité grandissante et la complexité des besoins, des demandes et des interventions disponibles. Avec d'autres, nous créons des systèmes efficaces et durables pour la santé, dont le système de soins de santé, qui maximisent le nombre de Canadiens pouvant profiter d'une bonne santé durant toute leur vie. Nous cherchons à réduire les inégalités de l'état de santé, particulièrement chez les enfants, les adolescents, les aînés et les peuples autochtones.

Santé Canada et ses partenaires se donnent une vision globale de la santé. Dans l'établissement des priorités, nous prenons des décisions stratégiques fondées sur l'expérience clinique, choisissons le mélange d'interventions le plus efficace et renforçons l'imputabilité pour les résultats sur la santé. Cette approche cohérente permet à Santé Canada de combler efficacement les besoins à venir et de relever les défis de santé des Canadiens et des Canadiennes.

Les rôles de Santé Canada

Afin d'atteindre ses objectifs, Santé Canada adopte différents rôles :

Leader/Partenaire - Le Ministère assure un leadership fédéral sur les sujets de santé. Nous sommes responsables de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* qui confirme les valeurs et les principes clés du régime d'assurance-maladie. Nous élaborons des politiques visant à aider le système de soins de santé à s'adapter aux réalités changeantes. Nous identifions et nous nous attaquons aux déterminants de la santé. Nous cherchons à contribuer aux objectifs généraux d'innovation du gouvernement.

Détenteur de fonds publics - Au Canada, le gouvernement fédéral contribue de façon significative au financement des soins de santé par le biais du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPC) et favorise l'amélioration et la modernisation du système par le biais d'autres programmes. Santé Canada fournit des fonds aux organisations des Premières nations et des Inuits pour les aider à offrir des services de santé communautaire. Le Ministère offre aussi des subventions et des programmes de contributions à de multiples organisations pour participer à l'atteinte des objectifs de santé communs.

Gardien/Régulateur - Le rôle d'intendance du Ministère l'amène à protéger les Canadiens et les Canadiennes et à faciliter l'approvisionnement des produits essentiels à contribuer au bien-être des citoyens et des citoyennes. Nous réglementons et approuvons l'utilisation de milliers de produits, y compris les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques et biologiques, les appareils médicaux, les produits de santé naturels, ainsi que les produits de consommation et les aliments. Le Ministère rend disponible une gamme de produits et de services de santé et de protection environnementale. Il a la responsabilité dans le domaine de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, de la politique du tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation sans risque des biens de consommation. Aussi, le Ministère surveille et dépiste des maladies et prend des mesures lorsque c'est nécessaire.

Fournisseur de services - Santé Canada fournit une assurance-santé additionnelle, couvrant les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et de la vue ainsi que le transport aux Premières nations et aux Inuits. Le Ministère offre également des services de santé, dont des services de prévention, de promotion de la santé et de soins primaires et de services des toxicomanie pour les cas de dépendance dans les communautés des Premières nations et des Inuits. De plus, le Ministère offre des services de santé et de sécurité au travail à tous les employés fédéraux et dans toutes les installations fédérales.

Pourvoyeur d'information - Par le biais de la recherche et de la surveillance, Santé Canada crée, recueille et dissémine des connaissances, de l'information et des données promouvant le développement de pratiques de santé efficaces et fournit aux Canadiens et aux Canadiennes de l'information pouvant être utilisée au maintien et à l'amélioration de leur santé. Un grand volume d'information sur la promotion de la santé et la prévention met l'accent sur les activités de santé positives et les mesures de prévention de la maladie.

D'un bout à l'autre du pays, Santé Canada effectue et appuie des efforts en recherche sur la santé afin de contribuer à l'élargissement des connaissances scientifiques et techniques nécessaires pour étayer les politiques et les programmes de santé et rendre ces connaissances disponibles à grande échelle.

De concert avec ses partenaires

Le Ministère collabore avec un nombre important de partenaires de tous les horizons afin d'atteindre les objectifs de santé communs. Santé Canada travaille avec les provinces et les territoires, les Premières nations et les Inuits, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche ainsi que d'autres organismes et ministères fédéraux.

De la souplesse dans un environnement changeant

Les forces qui influent sur la santé publique sont en constante évolution. Le Canada est témoin :

- d'une augmentation de la sensibilité du public en ce qui a trait aux questions de santé et aux demandes pour un accès rapide aux services ou à l'information;

- de changements démographiques qui exercent des pressions sur les services de soins de santé;
- d'avancées scientifiques rapides créant, à la fois, des avantages sur la santé et des pressions;
- de la recrudescence, au plan international, des migrations, des voyageurs et des échanges commerciaux, ce qui génère des préoccupations de santé additionnelles.

Face à cette évolution constante, Santé Canada entend demeurer souple dans le cadre de ses opérations et de son attribution des ressources limitées.

Responsabilités clés en matière de gestion

Pour l'ensemble de son travail, Santé Canada s'est engagée à respecter les principes énoncés dans la publication du Conseil du Trésor intitulée « Résultats pour les Canadiens et les Canadiennes ». Les voici :

- **accent sur les citoyens** - en améliorant l'accès aux services et la satisfaction de la clientèle;
- **adoption d'un ensemble clair de valeurs pour la fonction publique** - par l'entremise du travail du Bureau de vérification et d'imputabilité;
- **accent sur l'obtention de résultats** - par la mise en œuvre d'une fonction de contrôleur moderne;
- **engagement de dépenses judicieuses** - en améliorant continuellement la qualité des données financières du Ministère.

Description des secteurs d'activité

Politique en matière de soins de santé

Ce secteur d'activité alimente l'élaboration des politiques, l'analyse et les communications relatives au leadership dans tous les domaines du système de santé du Canada; il met nettement l'accent sur l'assurance de la viabilité et l'accessibilité de l'assurance-maladie et sur les efforts déployés en collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres parties prenantes pour renforcer, moderniser et soutenir le système de santé canadien.

Promotion et protection de la santé

Dans ce secteur d'activité, on élabore une approche cohésive, cohérente, constante et horizontale à l'égard des activités de gestion des risques et des avantages pour la santé des Canadiens et des Canadiennes. Ces résultats sont atteints grâce à l'élaboration de politiques et de programmes qui favorisent la prévention des affections, des maladies et des blessures et la promotion de la santé. Ce secteur d'activité appuie des mesures pour promouvoir la santé en

traitant les déterminants qui relèvent tant du secteur de la santé que de l'extérieur, et ce, tout au long du cycle de la vie humaine. La réalisation de l'approche axée sur la santé de la population et ses activités de prévention et de promotion reconnaissent et soulignent l'importance de la santé pendant tout le cycle de la vie humaine, lequel se déroule dans un cadre fondé sur les trois stades du cycle de la vie, à savoir l'enfance et la jeunesse, le début de la vie adulte et la force de l'âge, puis le troisième âge, en reconnaissant tout particulièrement que les investissements pour les jeunes enfants constituent un moyen de favoriser une meilleure santé pendant toute la vie.

Dans ce secteur d'activité, on fait aussi la promotion de cadres de vie, d'environnements de travail et de loisirs sains et sans risque en favorisant la prévision, la prévention et la responsabilisation à l'égard des risques pour la santé que posent les aliments, l'eau, les dangers relatifs au travail et à l'environnement, les maladies, les produits chimiques et de consommation, l'alcool et les substances réglementées, les produits du tabac, les produits de la lutte antiparasitaire et les désastres en temps de paix. On veille à ce que les médicaments, les instruments médicaux et d'autres produits thérapeutiques accessibles aux Canadiens et aux Canadiennes soient sûrs, efficaces et de grande qualité.

Il faut noter que, dans ce secteur d'activité, la transmission de données dans le Rapport sur les plans et les priorités et dans le Rapport ministériel sur le rendement se fera par secteur de service, ce qui permettra de clairement attribuer la responsabilité à l'égard des résultats.

Secteurs de service

- **Santé de la population et santé publique** – Ce secteur de service comprend des responsabilités quant aux politiques, aux programmes et à la recherche dans les domaines de la surveillance, de la prévention et du contrôle des maladies, de la promotion de la santé et de l'action communautaire.
- **Produits de santé et aliments** – Ce secteur de service est principalement responsable des politiques, des normes et des programmes concernant les déterminants de la santé, les avantages et les risques associés aux produits ingérés par l'être humain ou mis dans son corps.
- **Santé environnementale et sécurité des consommateurs** – Ce secteur de service :
  - fait la promotion de cadres de vie, d'environnements de travail et de loisirs sains et sans risque;
  - évalue et réduit les risques pour la santé que posent les facteurs environnementaux;
  - régit la sécurité des substances chimiques et des produits commerciaux et de consommation et fait la promotion de leur usage sans risque;
  - régit les produits du tabac et les substances réglementées et fait la promotion des initiatives qui réduisent ou qui préviennent les effets néfastes associés à ces substances et à l'alcool;
  - fournit des conseils éclairés et des services d'analyse de médicaments aux organismes d'exécution de la loi partout au Canada;

- établit des politiques en matière de santé et de sécurité au travail et offre des services afin de protéger la santé des employés du secteur public, des voyageurs et des dignitaires qui séjournent au Canada;
- est responsable des mesures de santé publique conçues pour empêcher l'apparition et la propagation de maladies quarantenaires au Canada;
- est chargé de coordonner la mise en œuvre et la surveillance de la Stratégie du développement durable de Santé Canada.

- **Réglementation de la lutte antiparasitaire** – Ce secteur de service est assuré par l'intermédiaire de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire dont les principales activités sont les suivantes :
  - évaluation des nouveaux produits, y compris la prise de décisions en matière de réglementation selon des normes de rendement précises sur les demandes d'homologation des nouveaux produits servant à la lutte antiparasitaire;
  - évaluation des produits homologués en s'assurant que les produits homologués respectent les normes actuelles;
  - conformité en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* par l'entremise d'enquêtes, d'inspections et de consultations;
  - élaboration et mise en œuvre de politiques et de programmes de lutte antiparasitaire durables pour l'intégrer dans la prise de décisions en matière d'homologation.

Santé des Premières nations et des Inuits

Ce secteur d'activité exécute son mandat par :

- la réalisation de programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention au sein de la réserve même et des collectivités inuites;
- la prestation de services de santé non assurés aux populations inuites et des Premières nations, quel que soit leur lieu de résidence au Canada;
- des soins primaires et des services d'urgence dispensés au sein des réserves dans les régions lointaines et isolées où il n'existe pas de services provinciaux.

Santé Canada appuie également la transition vers l'augmentation du contrôle et de la gestion de ces services de santé en fonction de rapports renouvelés avec les Premières nations et les Inuits et d'un rôle fédéral repensé. Santé Canada participe à l'élaboration de politiques gouvernementales relatives aux questions autochtones.

Gestion de l'information et du savoir

La responsabilité de ce secteur d'activité est d'améliorer l'ensemble de données probantes (à la fois l'information et l'analyse) aux fins de la prise de décisions et de la responsabilisation à l'égard du public, d'actualiser le cadre de travail et les politiques stratégiques à long terme qui servent à établir, à orienter et à réorienter

la participation du gouvernement fédéral à l'égard de la politique en matière de recherche en santé, de favoriser l'utilisation créatrice des technologies actuelles de l'information et des communications (notamment l'autoroute de l'information) dans le secteur de la santé, et, en collaboration avec les provinces et les territoires, le secteur privé et les partenaires internationaux, d'offrir conseils, expertise et aide face à la gestion de l'information et aux technologies de l'information, à la planification et aux activités.

Gestion et administration ministérielle

La responsabilité de ce secteur d'activité est d'assurer les services administratifs au Ministère.

Ce secteur d'activité englobe les quatre éléments suivants ainsi que les bureaux administratifs du Ministère :

- **La Direction générale des services de gestion** est chargée de fournir des services administratifs au Ministère. Elle a aussi la responsabilité de superviser l'instauration de la fonction de contrôleur moderne dans l'ensemble du Ministère et de superviser l'instauration du Système de gestion environnementale du Ministère.
- À titre de principaux représentants de Santé Canada dans les régions, **les directeurs généraux régionaux** ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes du Ministère dans leur région. Ils s'occupent également de la liaison entre le Ministère et les provinces relativement aux enjeux stratégiques, aux relations entre le gouvernement fédéral et les provinces et à la prestation des services.
- **Le Bureau de l'expert scientifique en chef** a été créé lors du récent remaniement du Ministère afin de donner plus de cohérence, d'expertise et de leadership à l'orientation stratégique des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada.
- **Le Bureau de vérification et d'imputabilité** effectue des examens indépendants des activités et des systèmes de Santé Canada et il supervise les responsabilités du Ministère en ce qui a trait aux valeurs et à l'éthique.

Bureaux régionaux de Santé Canada

Les six bureaux régionaux jouent un rôle crucial dans l'exécution des programmes de Santé Canada. Environ 40 p. 100 des employés du Ministère travaillent aux opérations régionales. En tant que points de convergence stratégiques du Ministère, ils sont essentiels lorsqu'il s'agit de relier les diverses parties du Ministère d'un bout à l'autre du pays d'une façon qui permette d'adapter les programmes du Ministère aux conditions locales, de fournir de l'information locale sur les tendances et les enjeux et de promouvoir la collaboration avec un large éventail de partenaires[1].

Les bureaux régionaux sont situés à :

- Halifax - région de l'Atlantique
- Montréal - région du Québec
- Toronto - région de l'Ontario/Nunavut
- Winnipeg - région du Manitoba/Saskatchewan
- Edmonton - région de l'Alberta/Territoires du Nord-Ouest
- Vancouver - région de la Colombie-Britannique/Yukon

1) Les programmes propres à la Direction générale des Premières nations et des Inuits sont élaborés et mis en œuvre par les bureaux régionaux de la DGSPNI.

Transposition - De l'ancienne vers la nouvelle structure des secteurs d'activité

Anciens secteurs d'activité	Nouveaux secteurs d'activité				
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielle
Politiques, planification et information en matière de santé	✔	✔		✔	✔
Soutien et renouvellement du système de santé	✔	✔			
Gestion des risques en matière de santé		✔			
Promotion de la santé de la population	✔	✔			
Santé des Autochtones		✔	✔		
Services ministériels				✔	✔

Secteurs d'activité au sein de Santé Canada : responsabilisation et dépenses réelles 2000-2001

Secteur d'activité / Secteur de service	Responsabilisation (à l'endroit du sous-ministre et du sous-ministre délégué)	Dépenses réelles 2000-2001 (en millions de dollars)	% du total
1. **Politique en matière de soins de santé**	Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique de la santé et des communications	112,6 $	4,8 %
2. **Promotion et protection de la santé**		634,4 $	27,3 %
a. Santé de la population et santé publique	SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	348,5 $	15,0 %
b. Produits de santé et aliments	SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments	122,9 $	5,3 %
c. Santé environnementale et sécurité des consommateurs	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	140,5 $	6,0 %
d. Réglementation de la lutte antiparasitaire	Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	22,5 $	1,0 %
3. **Santé des Premières nations et des Inuits**	SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1 266,5 $	54,6 %
4. **Gestion de l'information et du savoir**	SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	126,7 $	5,5 %
5. **Gestion et administration ministérielle**	SMA principal, Direction générale des services de gestion Directeurs généraux régionaux Expert scientifique en chef Dir. adm., Bureau de vérification et d'imputabilité Bureaux administratifs	180,3 $	7,8 %
Total		**2 320,5 $**	**100 %**

Secteurs d'activité au sein de Santé Canada : responsabilisation et dépenses réelles 2000-2001

1. **Politique en matière de soins de santé**	Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique de la santé et des communications	112,6 $	4,8 %
2. **Promotion et protection de la santé**		634,4 $	27,3 %
a. Santé de la population et santé publique	SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	348,5 $	15,0 %
b. Produits de santé et aliments	SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments	122,9 $	5,3 %
c. Santé environnementale et sécurité des consommateurs	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	140,5 $	6,0 %
d. Réglementation de la lutte antiparasitaire	Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	22,5 $	1,0 %
3. **Santé des Premières nations et des Inuits**	SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1 266,5 $	54,6 %
4. **Gestion de l'information et du savoir**	SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	126,7 $	5,5 %
5. **Gestion et administration ministérielle**	SMA principal, Direction générale des services de gestion Directeurs généraux régionaux Expert scientifique en chef Dir. adm., Bureau de vérification et d'imputabilité Bureaux administratifs	180,3 $	7,8 %
Total		**2 320,5 $**	**100 %**

Organisation de Santé Canada

SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

A : Tableau des résultats stratégiques

Dans les documents précédents, il s'agissait d'engagements. Dans la plupart des cas, ces résultats nécessiteront les ressources combinées et les efforts soutenus de nombreux partenaires pendant une longue période. Toutefois, il est important de noter que l'atteinte de ces résultats demandera une orientation de la part d'un ministère ou d'un organisme fédéral, ce à quoi s'attendra la population canadienne.

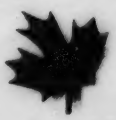
Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques
Politique en matière de soins de santé	**1.1 Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).** **1.2 Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.** **1.3 Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les Canadiennes et les organisations internationales.**

SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

A : Tableau des résultats stratégiques

Dans les documents précédents, il s'agissait d'engagements. Dans la plupart des cas, ces résultats nécessiteront les ressources combinées et les efforts soutenus de nombreux partenaires pendant une longue période. Toutefois, il est important de noter que l'atteinte de ces résultats demandera une orientation de la part d'un ministère ou d'un organisme fédéral, ce à quoi s'attendra la population canadienne.

Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques (RS)
Politique en matière de soins de santé	1.1 Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). 1.2 Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien. 1.3 Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les Canadiennes et les organisations internationales.



Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques (RS)
Politique en matière de soins de santé (suite)	1.4 Initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.
Promotion et protection de la santé **Secteur de service A : Santé de la population et santé publique**	2.1 Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir ou améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé. 2.2 Accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé. 2.3 Initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès. 2.4 Amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.
Secteur de service B : Produits de santé et aliments	2.5 Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments. 2.6 Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments.

Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques (RS)
Secteur de service B : Produits de santé et aliments (suite)	2.7 Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments.
Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs	2.8 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de la biotechnologie. 2.9 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances.
Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire	2.10 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces. 2.11 Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son Règlement. 2.12 Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Secteur d'activité / Secteur de service	
Politique en matière de soins de santé (suite)	**1.4 Initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.**
Promotion et protection de la santé **Secteur de service A : Santé de la population et santé publique**	**2.1 Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir ou améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé.** **2.2 Accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé.** **2.3 Initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès.** **2.4 Amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.**
Secteur de service B : Produits de santé et aliments	**2.5 Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments.** **2.6 Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments.**

Secteur d'activité / Secteur de service	
Secteur de service B : Produits de santé et aliments (suite)	2.7 Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments.
Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs	2.8 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de la biotechnologie. 2.9 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances.
Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire	2.10 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces. 2.11 Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son Règlement. 2.12 Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Secteur d'activité / Secteur de service	
Santé des Premières nations et des Inuits	**3.1 Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens.** **3.2 Population des Premières nations et des Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé.** **3.3 Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'intention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires.** **3.4 Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.**
Gestion de l'information et du savoir	**4.1 Une infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population.**

Secteur d'activité / Secteur de service	
Gestion de l'information et du savoir (suite)	**4.2 Initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation des résultats de la recherche pour éclairer les décisions.** **4.3 Décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé.** **4.4 Responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.**
Gestion et administration ministérielle	**5.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne.**

Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques (RS)
Santé des Premières nations et des Inuits	3.1 Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens. 3.2 Population des Premières nations et des Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé. 3.3 Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'intention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires. 3.4 Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.
Gestion de l'information et du savoir	4.1 Une infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population.

Secteur d'activité / Secteur de service	Résultats stratégiques (RS)
Gestion de l'information et du savoir (suite)	4.2 Initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation des résultats de la recherche pour éclairer les décisions. 4.3 Décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé. 4.4 Responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.
Gestion et administration ministérielle	5.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne.

B : Réalisations en matière de rendement

Secteur d'activité 1 : Politique en matière de soins de santé

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses nettes	129,3 $	112,6 $	112,6 $

* Cette somme représente 4,8 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les diminutions entre les dépenses prévues et les autorisations totales/ dépenses réelles s'expliquent en grande partie par le report de fonds se rapportant au Fonds pour l'adaptation des services de santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/apropos.htm >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Assurer le rôle de chef de file, en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres intervenants clés, axé sur le développement d'une vision commune pour le système de santé du Canada et l'identification des priorités essentielles et des approches de mise en œuvre visant à mener à bien les changements nécessaires qui amélioreront la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (y compris les soins primaires, actifs, à domicile, communautaires et de longue durée) afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de santé, peu importe le lieu où ils vivent ou leur situation financière.

B : Réalisations en matière de rendement

Secteur d'activité 1 : Politique en matière de soins de santé

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses nettes	129,3 $	112,6 $	112,6 $

* Cette somme représente 4,8 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les diminutions entre les dépenses prévues et les autorisations totales/ dépenses réelles s'expliquent en grande partie par le report de fonds se rapportant au Fonds pour l'adaptation des services de santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/apropos.htm >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Assurer le rôle de chef de file, en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres intervenants clés, axé sur le développement d'une vision commune pour le système de santé du Canada et l'identification des priorités essentielles et des approches de mise en œuvre visant à mener à bien les changements nécessaires qui amélioreront la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (y compris les soins primaires, actifs, à domicile, communautaires et de longue durée) afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de santé, peu importe le lieu où ils vivent ou leur situation financière.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). (RS 1.1)

- Création :
  - de 25 autres postes (13 postes pourvus, 12 en voie de l'être) à la fois dans les bureaux régionaux et à l'administration centrale dans le but de participer au suivi de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS);
  - d'un système d'information et d'une base de données sur la LCS en vue d'accroître la capacité du Ministère lorsqu'il s'agit de suivre de près les activités provinciales et territoriales permettant de vérifier la conformité à la LCS.
- Mise en œuvre d'un certain nombre d'enquêtes en lien avec les allégations relatives à l'imposition de frais modérateurs aux patients pour la prestation de services assurés médicalement nécessaires. Une retenue mensuelle se rapportant au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a été appliquée à une province qui avait permis que l'on impose des frais aux patients sous la forme de frais d'établissement dans une clinique privée.
- Plus grande responsabilisation à l'endroit du Parlement et de la population en raison de la production du Rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* qui comprend des renseignements plus précis sur la Loi en soi et sur son application. Par l'entremise du numéro *1 800 O-Canada* et du site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/medicare >, le Ministère fournit de l'information plus précise et de meilleure qualité sur la LCS.

Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien. (RS 1.2)

- Signature d'un Protocole d'entente avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés en vue de réaliser une série d'études analytiques qui se termineront en mars 2002 à l'aide de données tirées des régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux. Ces travaux fourniront de l'information aux administrations qui sera utile sur le plan des politiques et de la prise de décisions.
- Travail en collaboration avec le Comité FPT des questions pharmaceutiques au sujet des enjeux associés à la gestion pharmaceutique de façon à favoriser les améliorations sur le plan des habitudes de prescription ou de la gestion de l'utilisation des médicaments dans le système de soins de santé.

- Élaboration d'un cadre national sur les soins à domicile et les soins communautaires offrant une vision, des principes, des éléments de programme de base ainsi qu'un éventail de services à domicile et de services communautaires qui seront de plus en plus uniformes à l'échelle du Canada.
- Travail en collaboration avec les provinces et les territoires à des options visant l'amélioration de l'offre de ressources humaines en santé grâce à des mesures telles que :
  - la collecte de données sur les médecins inscrits à des programmes de formation postdoctorale afin de fournir de l'information qui permettra de prendre des décisions relatives à la planification des ressources médicales;
  - la production, en collaboration avec l'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada, d'une bande vidéo encourageant les élèves des écoles secondaires à choisir la profession d'infirmière autorisée de façon à assurer un effectif d'infirmières adéquat dans l'avenir.
- Participation à l'élaboration d'une enquête nationale visant l'évaluation de la capacité des provinces et des territoires de faire un rapport relativement aux 14 catégories d'indicateurs définies dans l'Entente des premiers ministres et mise en marche du processus ministériel d'élaboration d'une stratégie de rapport au sujet des 14 indicateurs clés.
  < http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html >

- Efforts visant à mieux comprendre les enjeux clés en matière de santé. Exemples :
  - étude sur les soins à domicile offerts par le secteur privé permettant d'obtenir pour la première fois une image détaillée de la situation du secteur privé sur le plan des soins à domicile;
  - travail d'analyse des répercussions du vieillissement de la population sur les soins de santé au Canada, qui ont été diffusées dans le premier numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* du Ministère.
    < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/pnrds/index.html >

- Travail en collaboration avec Développement des ressources humaines Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants à des études du marché du travail par profession ou secteur dans des domaines tels que les soins infirmiers, la médecine, les soins à domicile, etc. On s'attend à ce que ces études contribuent à l'établissement de prévisions sur l'offre et la demande pour ces professions.
- Élaboration d'un résumé des procédures et résultats actuels se rapportant à la reconnaissance professionnelle des médecins diplômés à l'étranger (MDE) qui sera utilisé par les gouvernements au moment d'examiner de plus près le potentiel que représentent pour le Canada les MDE non titulaires d'un permis.
- Mise en œuvre d'un processus FPT concerté d'examen et de rapport sur l'offre, la demande et la prestation de services d'imagerie par résonance magnétique et de tomographie par ordinateur au Canada. Ce travail vise l'élaboration de recommandations sur la façon de garantir un accès approprié et opportun, selon des modalités uniformes, à ces services de diagnostic par l'intermédiaire du système de soins de santé public.

- Versement de fonds par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des services de santé à 141 projets pilotes et projets d'évaluation ayant adopté de nouvelles approches en matière de prestation sur le plan des soins à domicile, de l'assurance-médicaments, des soins primaires et des services intégrés. Les gouvernements FPT, les administrations régionales et les organismes de santé se fonderont sur ces connaissances pour la réforme des soins de santé. < http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/ >.

- Dans le cadre du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, soutien accordé à des études sur les besoins sanitaires des femmes provenant de divers contextes géographiques, y compris des femmes des régions rurales et du Nord, et promotion de l'accès à l'information à l'échelle locale, régionale et nationale. < http://www.hc-sc.gc.ca/women/francais/cesf.htm >

- En collaboration avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes et le Réseau canadien pour la santé des femmes, adoption d'un rôle de chef de file en ce qui a trait à la nécessité de mettre l'accent sur la différence entre les sexes au sein des Instituts de recherche en santé du Canada. Par la suite, création de l'Institut de la santé des femmes et des hommes.

- En collaboration avec un certain nombre de partenaires, commandite de l'événement Les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux : première conférence internationale à Victoria, Colombie-Britannique, en mai 2000, dont l'objectif consistait à accroître davantage la sensibilisation au problème des maladies cardiaques et des accidents cérébrovasculaires chez les femmes. < http://www.medscape.com/Medscape/CNO/2000/FICWHDS/public/index-FICWHDS.html >

Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les Canadiennes et les organisations internationales. (RS 1.3)

- Élaboration d'une *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada* <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins_infirmiers/> qui a été approuvée par les ministres FPT de la Santé en octobre 2000. La stratégie oriente les actions des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le but de garantir, partout au Canada, un nombre adéquat d'infirmiers et d'infirmières ayant suivi une formation appropriée et de répondre par le fait même aux besoins des Canadiens et des Canadiennes. La création du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, le premier élément de la Stratégie, a été annoncée en mars 2001. < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins_infirmiers/cccsi.htm >.

- Mise en œuvre de l'initiative *Politiques et boîte à instruments concernant la participation du public à la prise de décisions*, dont l'objectif consiste à encourager une meilleure collaboration avec les partenaires, les intervenants, les spécialistes et les citoyens lorsqu'il est question de l'élaboration de politiques et de programmes.

Initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère. (RS 1.4)

- Adoption d'un rôle de chef de file dans le cadre des débats de l'Organisation mondiale de la Santé au sujet des enjeux liés aux ressources humaines en santé et assurance d'une plus grande attention aux enjeux associés à la profession infirmière dans les consultations à l'échelle internationale.

- Assurance que la question de l'équité dans le domaine de la santé a été examinée lors du Sommet des Amériques à Québec, au sein du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé et par l'Assemblée mondiale de la Santé.

- Adoption d'un rôle actif en ce qui a trait aux enjeux et aux progrès liés à la politique commerciale internationale afin de s'assurer que les facteurs relatifs à la santé et aux politiques sur la santé ont été pris en considération. Le Canada a annoncé en mars 2001 que son système et ses services de santé ne sont pas négociables et qu'ils ne feront pas l'objet de négociations commerciales conformément à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). < http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/sk00095f.html >.

Secteur d'activité 2 : Promotion et protection de la santé

Secteur de service A : Santé de la population et santé publique
Secteur de service B : Produits de santé et aliments
Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs
Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	732,4 $	697,9 $	682,8 $
Recettes	(39,7 $)	(56,9 $)	(48,4 $)
Dépenses nettes	692,7 $	641,0 $	634,4 $

* Cette somme représente 27,3 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Consulter les secteurs de service pour l'explication des fluctuations.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./francais/sect-act.htm >

B : Objectif

Fournir une approche intégrée de la gestion des risques et des avantages pour la santé en faisant la promotion d'environnements et de comportements sains, en protégeant les Canadiens et les Canadiennes contre les facteurs de risque sur lesquels ils ont peu de maîtrise ainsi qu'en leur donnant de l'information et des instruments afin qu'ils prennent des décisions informées au sujet de leur santé.

C : Description

Par l'entremise de quatre secteurs de service, ce secteur d'activité élabore une approche cohésive, cohérente, constante et horizontale à l'égard de ses activités de gestion des risques et des avantages pour la santé des Canadiens et des Canadiennes. Ces résultats sont atteints grâce à l'élaboration de politiques et de programmes qui favorisent la prévention des

Collaboration fédérale-provinciale-territoriale

Les trois directions générales et l'agence du secteur d'activité «Promotion et protection de la santé» travaillent activement avec leurs partenaires provinciaux et territoriaux afin de partager l'information sur la recherche, la surveillance et la promotion de la santé. De cette collaboration résulte une plus grande capacité nationale de traiter des questions relatives à la santé en agissant sur les grands déterminants de la santé.

Secteur d'activité 2 : Promotion et protection de la santé

Secteur de service A : Santé de la population et santé publique
Secteur de service B : Produits de santé et aliments
Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs
Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	732,4 $	697,9 $	682,8 $
Recettes	(39,7 $)	(56,9 $)	(48,4 $)
Dépenses nettes	692,7 $	641,0 $	634,4 $

* Cette somme représente 27,3 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Consulter les secteurs de service pour l'explication des fluctuations.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./francais/sect-act.htm >

B : Objectif

Fournir une approche intégrée de la gestion des risques et des avantages pour la santé en faisant la promotion d'environnements et de comportements sains, en protégeant les Canadiens et les Canadiennes contre les facteurs de risque sur lesquels ils ont peu de maîtrise ainsi qu'en leur donnant de l'information et des instruments afin qu'ils prennent des décisions informées au sujet de leur santé.

C : Description

Par l'entremise de quatre secteurs de service, ce secteur d'activité élabore une approche cohésive, cohérente, constante et horizontale à l'égard de ses activités de gestion des risques et des avantages pour la santé des Canadiens et des Canadiennes. Ces résultats sont atteints grâce à l'élaboration de politiques et de programmes qui favorisent la prévention des

Collaboration fédérale-provinciale-territoriale

Les trois directions générales et l'agence du secteur d'activité «Promotion et protection de la santé» travaillent activement avec leurs partenaires provinciaux et territoriaux afin de partager l'information sur la recherche, la surveillance et la promotion de la santé. De cette collaboration résulte une plus grande capacité nationale de traiter des questions relatives à la santé en agissant sur les grands déterminants de la santé.

maladies et des blessures et la promotion de la santé. Ce secteur d'activité appuie des mesures pour promouvoir la santé en traitant des déterminants qui relèvent tant du secteur de la santé que de l'extérieur, et ce, tout au long du cycle de la vie humaine. La réalisation de l'approche axée sur la santé de la population et ses activités de prévention et de promotion reconnaissent et soulignent l'importance de la santé pendant tout le cycle de la vie humaine, lequel se déroule dans un cadre fondé sur les trois stades du cycle de la vie, à savoir l'enfance et la jeunesse, le début de la vie adulte et la force de l'âge, puis le troisième âge, en reconnaissant tout particulièrement que les investissements pour les jeunes enfants constituent un moyen de favoriser une meilleure santé pendant toute la vie.

Dans ce secteur d'activité, on fait aussi la promotion de cadres de vie, d'environnements de travail et de loisirs sains et sans risque en favorisant la prévision, la prévention et la responsabilisation à l'égard des risques pour la santé que posent les aliments, l'eau, les dangers relatifs au travail et à l'environnement, les maladies, les produits chimiques et de consommation, l'alcool et les substances réglementées, les produits du tabac, les produits de la lutte antiparasitaire et les désastres en temps de paix. On veille à ce que les médicaments, les instruments médicaux et d'autres produits thérapeutiques accessibles aux Canadiens soient sûrs, efficaces et de grande qualité.

L'approche axée sur la promotion et la protection de la santé est reconnue comme une importante approche proactive qui vise le maintien et l'amélioration de l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes, ainsi qu'il en a récemment été convenu dans l'Entente des premiers ministres sur la santé. Cette approche constitue un complément des soins de santé et des traitements, car elle englobe tous les facteurs qui déterminent la santé : le statut social, la situation économique, l'environnement physique, l'environnement social et les comportements. De plus, elle couvre l'éventail complet des risques pour la santé en s'occupant de la sécurité à la fois des produits thérapeutiques, des aliments et des produits, de la sécurité environnementale et des risques de maladie.

En juillet 2000, Santé Canada a réorganisé sa façon d'offrir les programmes et les services. La nouvelle structure reflète les responsabilités complexes et vastes liées à la gestion des risques pour la santé, aux interventions en matière de santé qui y sont associées et à la promotion de comportements sains. Quatre unités organisationnelles travaillent ensemble dans le but de faire progresser l'approche axée sur la santé de la population et sur la santé publique, d'assurer des habitudes de vie et des milieux de travail sains, de promouvoir les aliments sains et la sécurité des produits, de réduire au minimum les risques pour la santé et pour l'environnement associés aux pesticides et de lutter contre le tabagisme. Un grand nombre d'activités de ce secteur constituent une application concrète des huit thèmes sur le développement durable adoptés par le gouvernement du Canada en 2000. Des objectifs précis, afin d'en arriver à un développement durable, sont proposés dans les publications *Pour une santé durable (1997)* et plus récemment dans la *Stratégie de développement durable 2000 : Pour une santé durable.*
< http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/sustain_f.htm#top >

Secteur de service A : Santé de la population et santé publique

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	416,0 $	349,5 $	348,5 $
Revenues	(0,1 $)	(0,1 $)	(0,0 $)
Dépenses nettes	415,9 $	349,4 $	348,5 $

* Cette somme représente 54,9 p. 100 des dépenses réelles de ce secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par le report de ressources vers des exercices ultérieurs relativement à l'hépatite C - Services des soins de santé et aux initiatives de retraçage des donneurs/retraçage des receveurs.

Site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies et lutte contre celles-ci.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé. (RS 2.1)

- Réalisation du premier d'une série de modules de formation à distance par Internet destinées aux professionnels de la santé publique de première ligne partout au Canada; l'objectif est d'améliorer les aptitudes de ces professionnels en matière d'épidémiologie, de surveillance et de gestion de l'information.

Secteur de service A : Santé de la population et santé publique

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	416,0 $	349,5 $	348,5 $
Revenues	(0,1 $)	(0,1 $)	(0,0 $)
Dépenses nettes	415,9 $	349,4 $	348,5 $

* Cette somme représente 54,9 p. 100 des dépenses réelles de ce secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par le report de ressources vers des exercices ultérieurs relativement à l'hépatite C - Services des soins de santé et aux initiatives de retraçage des donneurs/retraçage des receveurs.

Site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies et lutte contre celles-ci.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé. (RS 2.1)

- Réalisation du premier d'une série de modules de formation à distance par Internet destinées aux professionnels de la santé publique de première ligne partout au Canada; l'objectif est d'améliorer les aptitudes de ces professionnels en matière d'épidémiologie, de surveillance et de gestion de l'information.

- Prestation de services d'analyse destinés aux professionnels de la santé publique et de la surveillance par l'entremise du Système d'information géographique (SIG) et présentation de conseils, de directives et d'activités de formation sur la façon d'utiliser le système. Le système permet d'établir un lien entre l'information tirée des systèmes de surveillance et de santé publique et l'emplacement géographique, comme les secteurs régionaux de santé, les secteurs de dénombrement ou les codes postaux. Les travailleurs de la santé utilisent le SIG pour visualiser et analyser les maladies, les poussées, les risques, les questions de recherche et les effets souhaités des interventions de programme. < http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/gis_f.html >

- Influence exercée sur l'élaboration de programmes et de politiques relatifs à la santé au Canada en vue de traduire les principes de promotion de la santé et de santé de la population :

  - par l'entremise du Comité consultatif FPT sur la santé de la population (y compris une enquête sur la capacité de la santé publique);
  - par un bulletin et un site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/index.html > afin d'accroître la sensibilisation à l'approche sur la santé de la population et de mieux la comprendre;

  - en agissant sur les connaissances tirées des activités de recherche stratégique de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et en s'occupant du transfert de ces données; < http://www.cihi.ca/french/froadmap/fCPHI/startf.shtml >
  - en accordant un appui à 200 organismes nationaux de santé bénévoles, et en travaillant de façon concertée avec ceux-ci, en vue d'établir des partenariats sur l'élaboration de politiques et de programmes de santé et de renforcer leur capacité de former les professionnels du secteur public et de la santé et d'offrir des programmes et des services de santé ciblés. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/secteurbenevole/index.html >

- Lancement de l'Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées de 11 millions de dollars par l'entremise du Bureau de la santé rurale. < http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/ > Cette initiative appuie des projets nationaux et régionaux qui :

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) a financé 464 projets couvrant 2 340 communautés géographiques en vue d'offrir des services en lien avec les besoins en matière de développement des enfants, de la naissance à 6 ans, à risque et de renforcer les capacités communautaires. Chaque mois, plus de 7 300 bénévoles travaillent plus de 61 700 heures. Pour une période de six mois, les dons de la communauté aux projets du PACE ont atteint presque 7,7 millions de dollars en argent et plus de 2,7 millions de dollars en ressources concrètes. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc/pace/index.html >

- feront la promotion de l'intégration et de l'accessibilité d'un éventail complet de services de santé dans des régions rurales et éloignées, y compris des soins primaires et des soins spécialisés;
- examineront des façons de régler les problèmes liés à l'effectif, y compris notamment les lacunes relatives au nombre de professionnels de la santé;
- analyseront des réformes du système visant à améliorer la prestation des services de santé dans les régions rurales et éloignées.

Accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé. (RS 2.2)

- Élaboration d'une stratégie visant la réduction du fardeau que représente le cancer à l'aide de mesures concertées et coordonnées dans l'ensemble du continuum de soins liés au cancer en collaboration avec la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et l'organisme Canadian Association of Provincial Cancer Agencies et avec l'accord de plus de 500 spécialistes et intervenants du domaine du cancer. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cscc/ >

Grâce à une approche de développement communautaire, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique a joint 31 000 femmes par l'entremise de 301 projets dans plus de 2 000 communautés géographiques. Le budget s'établissait à 27,3 millions de dollars; de cette somme, 23,7 millions de dollars ont été versés directement aux communautés sous forme de subventions et de contributions. Les sources provenant de la communauté ont permis de renforcer les projets du PCNP grâce à des contributions financières non budgétisées totalisant plus de 1 million de dollars et à plus de 300 contributions concrètes (locaux, matériel et aliments). Le personnel a offert bénévolement environ 35 p. 100 de toutes ses heures de travail.

- Présentation d'un symposium national sur le diabète, regroupant 250 intervenants canadiens du domaine du diabète, qui a mené à l'établissement d'un consensus sur un cadre national d'action sur le diabète. De plus, réalisation d'une campagne de marketing social de prévention du diabète et de sensibilisation à cette maladie. < http://www.diabetes.gc.ca > Il s'agit d'étapes importantes sur le plan de la prévention du diabète et de l'amélioration des résultats en matière de santé chez les diabétiques.
- Intégration à l'initiative Chronic Disease Prevention Alliance. Il s'agit d'une initiative mise en œuvre par des organisations non gouvernementales nationales, telles que la Fondation des maladies du cœur, l'Association canadienne du diabète et la Société canadienne du cancer, se préoccupant de la prévention des maladies chroniques. Ce groupe travaille à l'élaboration d'une

approche nationale commune coordonnée relative à la prévention des maladies présentant les mêmes facteurs de risque en intégrant les efforts actuels sur certains facteurs de risque (comme l'alimentation et l'activité physique) et conditions (comme le diabète et le cancer).

- Lancement, en collaboration avec le Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail, du site Web du Plan de mise en œuvre pour une vie active au travail.
  <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/travail/index.html >
  - fournit des détails sur les avantages de mener une vie active au travail;
  - résume les recherches qui ont été réalisées;
  - fournit de l'information sur ce qui fonctionne et explique comment entreprendre une initiative;
  - offre un modèle qui servira aux praticiens pour l'élaboration d'un plan de mise en œuvre pour une vie active au sein de leur propre organisation.

- Lancement du premier réseau en direct destiné aux gens travaillant dans le domaine de la promotion de la santé mentale < http://www.mhpconnect.com/index_f.html >. Le Réseau international de promotion de la santé mentale a été conçu à l'intention de ceux et celles qui s'intéressent à un aspect quelconque de la promotion de la santé mentale. Les visiteurs peuvent décrire ce qu'ils font, prendre contact avec d'autres et s'informer de ce qui se fait ailleurs dans le monde pour promouvoir la santé mentale.

- Établissement d'une unité de surveillance de la résistance aux antimicrobiens comptant des épidémiologistes en médecine vétérinaire au sein du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire du Ministère, à Guelph, en Ontario, afin d'évaluer les répercussions sur la santé humaine des traitements antimicrobiens dans les secteurs agro-alimentaire et de l'aquaculture et d'élaborer des stratégies d'intervention en collaboration avec les organismes fédéraux et provinciaux et le secteur privé. (Les zoonoses sont des maladies que les animaux peuvent transmettre aux humains.)

- Établissement d'un forum canadien des laboratoires de santé publique, en collaboration avec les laboratoires de santé provinciaux, dans le but de coordonner la surveillance en laboratoire à l'échelle nationale et de créer une capacité à l'échelle nationale d'intervention en cas d'urgence en laboratoire. Il sera ainsi possible de détecter plus rapidement les épidémies de maladies infectieuses et de créer un réseau de laboratoires permettant d'intervenir lors d'urgences relatives à des maladies infectieuses et de menaces bioterroristes.

- Négociations avec les provinces et les territoires sur un plan de mise en œuvre sur le développement des jeunes enfants et approbation de ce plan de la part des sous-ministres de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit d'une première étape pour l'entente sur le développement des jeunes enfants qui a été appuyée lors de la réunion des premiers ministres en septembre 2000.
  < http://unionsociale.gc.ca/news/110900_f.html >

Initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès. (RS 2.3)

- Rôle de chef de file dans les domaines de la recherche, de la surveillance, de la prévention, des soins, des traitements et du soutien liés au VIH/sida par l'entremise de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/index.html > Exemples :
  - versement de 8 millions de dollars à des interventions communautaires en lien avec le VIH/sida par l'entremise du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS). Le financement du PACS a permis au Prisoners with AIDS Support Action Network de cibler les lacunes sur le plan des services destinés aux femmes vivant avec le VIH/sida et de définir les besoins en matière de prévention du VIH/sida des femmes en prison;
  - collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada < http://www.anac.on.ca > en vue d'élaborer un cadre sur les soins à domicile destinés aux Autochtones qui répond aux besoins en matière de soins à domicile des Autochtones vivant avec le VIH/sida;
  - grâce aux efforts de 125 spécialistes du VIH/sida, définition de dix orientations stratégiques générales pour guider les travaux ultérieurs lors de la première réunion d'établissement des orientations tenue en octobre 2000.
- À l'aide d'une somme de 10 millions de dollars, financement d'initiatives en matière d'éducation sur l'hépatite C provenant d'organisations non gouvernementales, de programmes de prévention, de recherches sur l'hépatite C et de l'élaboration de lignes directrices cliniques visant à accroître la sensibilisation, à prévenir la propagation et les répercussions de l'hépatite C, à retarder la progression de la maladie, à faire connaître davantage les soins, les traitements et le soutien et à améliorer l'accès à ces derniers. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/splash.html > Exemples :
  - la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a établi des lignes directrices cliniques sur les soins génésiques destinés aux femmes vivant avec l'hépatite C; < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/careguide.html >
  - travail dans la collectivité pour prévenir la propagation de l'hépatite C, en particulier chez les utilisateurs de drogues injectables;
  - analyse documentaire sur les autres traitements; évaluation des besoins relativement à des lignes directrices sur la nutrition; mise à jour de l'information médicale à l'intention des médecins et dépliant destiné aux patients.
- En collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les provinces, les territoires et le Centre canadien coopératif de la santé de la faune, établissement d'un système de surveillance du virus West Nile qui permet de détecter le virus West Nile chez les oiseaux morts, les moustiques,

les animaux domestiques et les animaux sauvages dès que possible afin que des mesures puissent être prises pour réduire les risques de transmission de la maladie chez les humains.
< http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/wnv-vwn/index_f.html >

Amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention. (RS 2.4)

- Mise en œuvre de l'étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants en collaboration avec tous les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il s'agit de la première étude détaillée sur la population se rapportant à la violence et à la négligence envers les enfants réalisée par les autorités chargées de la protection de l'enfance au Canada. Elle présente des évaluations des taux nationaux de violence à l'endroit des enfants ainsi que de l'information détaillée sur les caractéristiques propres à la violence, aux enfants, aux familles et aux agresseurs. Cette information est importante lorsqu'il s'agit d'élaborer des politiques et des programmes efficaces visant la prévention de la violence et de la négligence envers les enfants ainsi que la prestation de services aux enfants et à leur famille. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/maltreat/public_f.html >

- Création du Système national de surveillance du diabète (SNSD) pour définir la situation réelle du diabète au Canada. De façon générale, le SNSD mènera à l'établissement d'une importante source de données qui offrira des occasions de planification et d'évaluation efficaces par rapport aux programmes de prévention du diabète et de lutte contre cette maladie ainsi que des données et des prévisions plus précises en matière de prévalence et d'incidence.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/diabetes/francais/whatiscds/components/index.html#ndss >

- Par l'entremise du Groupe de travail sur la surveillance de la santé, élaboration d'un plan tactique de surveillance de la santé permettant aux responsables des services de santé publique de partout au Canada de travailler ensemble à l'amélioration des services de protection de la santé. Pour la première fois, grâce à l'infostructure nationale de surveillance de la santé, il existe un engagement à l'échelle nationale sur l'orientation précise à adopter en vue de créer une infostructure de surveillance de la santé détaillée et uniforme à l'échelle nationale.

- Sur le plan épidémiologique, aide aux provinces et aux territoires, par l'intermédiaire du Programme de formation en épidémiologie d'intervention, y compris une participation importante à l'enquête sur le foyer *E. coli* 0157:H7, et la lutte contre celui-ci, en lien avec l'eau municipale contaminée à Walkerton, en Ontario, ainsi que sur la poussée de fièvre hémorragique à virus d'Ebola, en Ouganda, pour l'Organisation mondiale de la Santé.

- Création d'un site Web d'abonnement par l'entremise du Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM) qui fournit de l'information en «temps réel» sur les poussées de maladie partout dans le monde. Il fournit à l'Organisation

mondiale de la Santé (OMS) plus de 60 p. 100 des premiers avis indiquant la déclaration d'une épidémie. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/transitn/surveilf.html >

- En collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments, création, au sein du Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale à Winnipeg, au Manitoba, du premier établissement au monde à regrouper des installations de recherche sur la santé humaine et animale du plus haut niveau de confinement biologique (niveau de biosécurité 4). < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_59f.htm >
L'accès à des laboratoires de niveau de biosécurité 4 permet d'élargir les programmes de recherche et de diagnostic canadiens en vue d'inclure de nouveaux domaines de recherche de première importance sur le virus d'Ebola, le virus de Marburg et la fièvre de Lassa.

Prestation d'une orientation stratégique, d'un savoir-faire technique, d'une intervention de gestion de la situation et d'un savoir-faire en matière de diagnostic relativement au cas de fièvre virale hémorragique à Hamilton, Ontario. Le Centre des mesures et des interventions d'urgence du Ministère a suivi le Plan canadien d'intervention d'urgence en cas de fièvres hémorragiques virales et autres maladies connexes dans le but de localiser le foyer et d'enquêter à ce sujet.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/97vol23/continge/index_f.html >

- Création d'un programme national de surveillance des bactéries entériques; élaboration d'une initiative de déclaration électronique des poussées avec les provinces et les territoires; réalisation d'études sur la population en lien avec l'incidence et les causes des maladies entériques ainsi que les facteurs de risque éventuels; réalisation d'enquêtes sur des poussées à la demande des provinces et des territoires. Les infections entériques sont des infections bactériennes et virales du tube digestif. Bon nombre de ces agents pathogènes sont transmis par de l'eau ou des aliments contaminés (p. ex. *E. coli* et *salmonelle*).

- Création d'une capacité nationale unique en matière de recherche et de surveillance en laboratoire sur les encéphalopathies spongiformes transmissibles comme la maladie de la vache folle et la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Les activités de recherche et de surveillance servent à mieux comprendre et à gérer les risques associés aux maladies, à définir de meilleures méthodes de diagnostic, à chercher un traitement ou un remède et à cibler des politiques pour la prévention.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/bbp/cjd_f.html >

- En collaboration avec les provinces, création d'une base de données pour la surveillance des accidents de transfusion dans le but de détecter rapidement les nouvelles menaces auxquelles fait face la réserve de sang.

- Création d'une capacité nationale en matière de diagnostic et de recherche en laboratoire sur l'hépatite C et d'autres infections à diffusion hématogène; de plus, en collaboration avec les associations de patients et les fournisseurs de soins de santé, poursuite du processus d'élaboration d'un système de surveillance en vue de détecter les nouveaux agents pathogènes à diffusion hématogène. Une telle capacité sur le plan des laboratoires et un système de surveillance de ce genre représentent les fondements d'une surveillance de qualité non seulement pour l'hépatite C, mais également pour toute nouvelle infection à diffusion hématogène possible ou réapparition d'une infection de cette nature au Canada.

- Au laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, au Manitoba, établissement d'une capacité de surveillance moléculaire «en temps réel» des maladies infectieuses, qui a permis de détecter plus rapidement les poussées d'origine alimentaire de *E. coli* et des bactéries résistant aux antimicrobiens.

Défis sur le plan de notre rendement en 2000

- Mettre sur pied une nouvelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et intégrer un vaste champ d'activités afin de créer une approche globale et multidisciplinaire pour la santé publique.
- Se préparer à faire face à de nouvelles maladies et aux maladies réémergentes comme la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le virus du Nil occidental et la tuberculose et assurer des moyens d'intervention d'urgence suffisants.
- S'occuper de la mise en oeuvre du Programme d'action national pour les enfants avec les provinces, les territoires et d'autres collaborateurs, dont les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants.

Quelles conséquences ces buts à atteindre auront-ils sur le rendement, les leçons apprises et les mesures correctives prises afin d'améliorer le rendement?

- Créer une mesure du rendement et un modèle de gestion afin d'établir l'efficacité et l'efficience des programmes, de répondre aux exigences liées à la reddition de comptes et à la responsabilisation et de gérer en fonction des résultats.

Secteur de service B : Produits de santé et aliments

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	154,7 $	165,7 $	157,4 $
Recettes	(36,0 $)	(40,7 $)	(34,5 $)
Dépenses nettes	118,7 $	125,0 $	122,9 $

* Cette somme représente 19,4 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation des autorisations de crédit net pour les instruments médicaux.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,1 millions de dollars par rapport aux autorisations totales, car certaines activités en lien avec l'initiative visant à « soutenir la capacité fédérale de protection de la santé » relevant du Budget 2000 n'ont pas été entièrement réalisées. Les ressources seront reportées à l'exercice 2001-2002 lorsque les dernières dépenses seront engagées.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

La salubrité des aliments ainsi que la sécurité et l'efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des instruments médicaux, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, de lois et de cadres de réglementation; la promotion d'une alimentation saine et de l'utilisation éclairée des médicaments, des instruments médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

C : Contexte

Ce secteur de service est responsable des politiques, des normes et des programmes relatifs à ce qui suit :

- la salubrité des aliments ainsi que la sécurité et l'efficacité des médicaments, des instruments médicaux, des produits de santé naturels, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada;

Secteur de service B : Produits de santé et aliments

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	154,7 $	165,7 $	157,4 $
Recettes	(36,0 $)	(40,7 $)	(34,5 $)
Dépenses nettes	118,7 $	125,0 $	122,9 $

* Cette somme représente 19,4 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation des autorisations de crédit net pour les instruments médicaux.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,1 millions de dollars par rapport aux autorisations totales, car certaines activités en lien avec l'initiative visant à « soutenir la capacité fédérale de protection de la santé » relevant du Budget 2000 n'ont pas été entièrement réalisées. Les ressources seront reportées à l'exercice 2001-2002 lorsque les dernières dépenses seront engagées.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

La salubrité des aliments ainsi que la sécurité et l'efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des instruments médicaux, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, de lois et de cadres de réglementation; la promotion d'une alimentation saine et de l'utilisation éclairée des médicaments, des instruments médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

C : Contexte

Ce secteur de service est responsable des politiques, des normes et des programmes relatifs à ce qui suit :

- la salubrité des aliments ainsi que la sécurité et l'efficacité des médicaments, des instruments médicaux, des produits de santé naturels, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada;

- la promotion d'une alimentation saine et l'utilisation éclairée des médicaments, des instruments médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

D : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments. (RS 2.5)
Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments. (RS 2.6)
Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments. (RS 2.7)

- Annonce des résultats des consultations au sujet des modifications aux règlements relativement à l'étiquetage nutritionnel, aux allégations sur la teneur en éléments nutritifs et aux allégations relatives à la santé liées au régime alimentaire. Les modifications entraîneront de meilleures habitudes alimentaires chez les Canadiens et les Canadiennes, des allégations plus crédibles sur la teneur en éléments nutritifs, davantage de renseignements sur la nutrition et une nouvelle préparation des aliments afin qu'ils soient plus nutritifs. Par conséquent, l'incidence des maladies chroniques associées au régime alimentaire sera réduite, ce qui améliorera la santé de la population canadienne. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/sujets/etiquetage_des_aliments/etiquetage_nutritionnels.html >
- Examen des additifs alimentaires et des aliments résultant de manipulations génétiques en vue d'en assurer la sécurité et d'établir une norme nationale sur l'étiquetage des aliments provenant de la biotechnologie. On s'attend ainsi à ce que les Canadiens et les Canadiennes soient mieux renseignés au sujet des aliments provenant de la biotechnologie au moment de prendre des décisions sur leur alimentation.
- Plus grande sensibilisation des consommateurs et de l'industrie aux risques de contamination microbienne associés aux aliments crus et recommandation de moyens efficaces de manipulation de ces aliments par l'intermédiaire de programmes continus, tels que la campagne « À bas les BACtéries! », de façon à aider les Canadiens et les Canadiennes à réduire les risques d'intoxication d'origine alimentaire. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/organisation/bureau_des_dangers_microbiens/abaslesbac.html >
- Révision de la politique et des procédures connexes sur la réalisation d'évaluations de la salubrité des aliments de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Une telle modification permettra de produire des rapports d'évaluation de la salubrité des aliments plus rentables et opportuns dont l'objectif est d'informer la population canadienne.

- Rendement accru de l'examen des médicaments grâce à la mise en œuvre des recommandations récentes sur le processus d'examen et d'approbation des médicaments provenant du vérificateur général, du Conseil consultatif des sciences et de l'Atelier consultatif sur l'examen des médicaments en vue de cibler les axes prioritaires d'intervention. Par exemple, les délais d'examen ou d'approbation des présentations d'un nouveau médicament (prioritaires ou non) ont diminué de 4 à 8 p. 100 tandis que les délais d'examen des demandes pour des médicaments génériques ont diminué de 19 p. 100, y compris une baisse importante sur le plan de l'arriéré. Autrement dit, les nouveaux médicaments se retrouveront plus rapidement sur le marché; les Canadiens et les Canadiennes auront ainsi davantage d'options au moment de prendre des décisions ayant un lien avec leur santé.
- Travail en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de créer le Conseil canadien pour le don et la transplantation. Le Ministère a participé à l'élaboration du mandat, de la structure de l'autorité et des attributions du Conseil ainsi que du processus d'indemnisation, de mise en candidature et de sélection des membres du Conseil. La mission du Conseil consiste à améliorer la situation des dons et des transplantations d'organes et de tissus au Canada en mettant en œuvre une stratégie nationale coordonnée et détaillée.
- Élaboration du Système canadien d'évaluation de la conformité des instruments médicaux en vue d'appuyer les clauses sur le système qualité du Règlement sur les instruments médicaux de façon à ce que Santé Canada reconnaisse les tiers responsables de la vérification des systèmes de qualité des fabricants d'instruments médicaux et la délivrance de l'attestation exigée à titre de preuve tangible de leur conformité aux exigences. On s'attend à ce que ce nouveau système de vérification efficace et rentable améliore la qualité et la sécurité des instruments médicaux destinés au marché canadien.
- Publication des modifications aux règlements; élaboration et mise en œuvre d'une ligne directrice décrivant l'aspect sécurité et efficacité des exigences sur les données pour qu'un médicament de prescription devienne un médicament en vente libre. La population canadienne aura ainsi davantage d'options lorsqu'il s'agit des produits d'automédication.

Le saviez-vous?

Santé Canada a élaboré des stratégies de gestion des risques pour certains dangers importants des disponibilités alimentaires comme :

- *Cyclospora* dans les framboises fraîches en provenance du Guatemala;
- agents pathogènes dans les aliments crus d'origine animale;
- *Salmonelle* et *E. coli* O157:H7 dans les graines et les haricots germés;
- *E. coli* O157:H7 dans les jus et les cidres non pasteurisés.

De telles initiatives permettront d'accroître la confiance de la population canadienne à l'endroit de notre système d'assurance de la salubrité des aliments.

- la promotion d'une alimentation saine et l'utilisation éclairée des médicaments, des instruments médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

D : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments. (RS 2.5)
Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments. (RS 2.6)
Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments. (RS 2.7)

- Annonce des résultats des consultations au sujet des modifications aux règlements relativement à l'étiquetage nutritionnel, aux allégations sur la teneur en éléments nutritifs et aux allégations relatives à la santé liées au régime alimentaire. Les modifications entraîneront de meilleures habitudes alimentaires chez les Canadiens et les Canadiennes, des allégations plus crédibles sur la teneur en éléments nutritifs, davantage de renseignements sur la nutrition et une nouvelle préparation des aliments afin qu'ils soient plus nutritifs. Par conséquent, l'incidence des maladies chroniques associées au régime alimentaire sera réduite, ce qui améliorera la santé de la population canadienne. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/sujets/etiquetage_des_aliments/etiquetage_nutritionnels.html >

- Examen des additifs alimentaires et des aliments résultant de manipulations génétiques en vue d'en assurer la sécurité et d'établir une norme nationale sur l'étiquetage des aliments provenant de la biotechnologie. On s'attend ainsi à ce que les Canadiens et les Canadiennes soient mieux renseignés au sujet des aliments provenant de la biotechnologie au moment de prendre des décisions sur leur alimentation.

- Plus grande sensibilisation des consommateurs et de l'industrie aux risques de contamination microbienne associés aux aliments crus et recommandation de moyens efficaces de manipulation de ces aliments par l'intermédiaire de programmes continus, tels que la campagne « À bas les BACtéries! », de façon à aider les Canadiens et les Canadiennes à réduire les risques d'intoxication d'origine alimentaire. < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/organisation/bureau_des_dangers_microbiens/abaslesbac.html >

- Révision de la politique et des procédures connexes sur la réalisation d'évaluations de la salubrité des aliments de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Une telle modification permettra de produire des rapports d'évaluation de la salubrité des aliments plus rentables et opportuns dont l'objectif est d'informer la population canadienne.

- Rendement accru de l'examen des médicaments grâce à la mise en œuvre des recommandations récentes sur le processus d'examen et d'approbation des médicaments provenant du vérificateur général, du Conseil consultatif des sciences et de l'Atelier consultatif sur l'examen des médicaments en vue de cibler les axes prioritaires d'intervention. Par exemple, les délais d'examen ou d'approbation des présentations d'un nouveau médicament (prioritaires ou non) ont diminué de 4 à 8 p. 100 tandis que les délais d'examen des demandes pour des médicaments génériques ont diminué de 19 p. 100, y compris une baisse importante sur le plan de l'arriéré. Autrement dit, les nouveaux médicaments se retrouveront plus rapidement sur le marché; les Canadiens et les Canadiennes auront ainsi davantage d'options au moment de prendre des décisions ayant un lien avec leur santé.
- Travail en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de créer le Conseil canadien pour le don et la transplantation. Le Ministère a participé à l'élaboration du mandat, de la structure de l'autorité et des attributions du Conseil ainsi que du processus d'indemnisation, de mise en candidature et de sélection des membres du Conseil. La mission du Conseil consiste à améliorer la situation des dons et des transplantations d'organes et de tissus au Canada en mettant en œuvre une stratégie nationale coordonnée et détaillée.
- Élaboration du Système canadien d'évaluation de la conformité des instruments médicaux en vue d'appuyer les clauses sur le système qualité du Règlement sur les instruments médicaux de façon à ce que Santé Canada reconnaisse les tiers responsables de la vérification des systèmes de qualité des fabricants d'instruments médicaux et la délivrance de l'attestation exigée à titre de preuve tangible de leur conformité aux exigences. On s'attend à ce que ce nouveau système de vérification efficace et rentable améliore la qualité et la sécurité des instruments médicaux destinés au marché canadien.
- Publication des modifications aux règlements; élaboration et mise en œuvre d'une ligne directrice décrivant l'aspect sécurité et efficacité des exigences sur les données pour qu'un médicament de prescription devienne un médicament en vente libre. La population canadienne aura ainsi davantage d'options lorsqu'il s'agit des produits d'automédication.

Le saviez-vous?

Santé Canada a élaboré des stratégies de gestion des risques pour certains dangers importants des disponibilités alimentaires comme :

- *Cyclospora* dans les framboises fraîches en provenance du Guatemala;
- agents pathogènes dans les aliments crus d'origine animale;
- *Salmonelle* et *E. coli* O157:H7 dans les graines et les haricots germés;
- *E. coli* O157:H7 dans les jus et les cidres non pasteurisés.

De telles initiatives permettront d'accroître la confiance de la population canadienne à l'endroit de notre système d'assurance de la salubrité des aliments.

- Collaboration avec des spécialistes canadiens et des partenaires des provinces en vue de renforcer la surveillance de l'efficacité des médicaments présents sur le marché canadien. Les résultats de ces efforts contribueront à améliorer les avantages et à réduire les risques de l'utilisation de médicaments thérapeutiques au sein de certaines populations ciblées.

- En collaboration avec des groupes d'experts sur les normes relatives au sang et sur la sécurité des tissus et des organes, élaboration de normes sur la sécurité du sang, des tissus et des organes. L'Association canadienne de normalisation (CSA) fera de ces normes des normes nationales. Des cadres réglementaires sont actuellement élaborés en lien avec ces normes; lorsqu'ils auront été mis en place, ils serviront à améliorer la sécurité de la réserve de sang ainsi que des tissus et des organes utilisés à des fins de transplantation.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/advcomm_eacblood.html >

- Promotion de l'utilisation des lignes directrices nationales sur la nutrition - *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* et *La nutrition du nourrisson à terme et en santé* - par l'entremise de publicités dans les publications professionnelles consultées par les professionnels de la santé. L'utilisation de ces lignes directrices améliorera la santé des femmes en âge de procréer et favorisera la naissance de bébés en santé et le développement d'enfants en santé au Canada.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/pubf/enceinte/f_index.html > et
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/cyfh/homepage/nutrition/index_f.html >.

- Élaboration d'un projet de loi concernant les produits de santé naturels, consultation et obtention de l'avis des intervenants et du public canadien dans le cadre d'un développement futur. Une fois terminée, la réglementation permettra au Ministère d'évaluer les produits de santé naturels selon une gamme de critères qui permettront de les différencier des aliments ou des médicaments. Cela permettra aux consommateurs canadiens d'avoir un plus grand accès aux produits de santé naturels, et un vaste choix de ces produits, tout en étant assurés de leur sécurité et de leur qualité.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/phase2_f.html >.

- En collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada, création de programmes de formation à l'intention des chercheurs du domaine des produits de santé naturels qui fourniront des données probantes relativement à l'utilisation des produits.

- Formation d'un Comité consultatif d'experts pour offrir des conseils au Ministère sur les allégations relatives à la sécurité et à la santé associées aux produits de santé naturels. Les Canadiens et les Canadiennes pourront ainsi prendre des décisions éclairées au moment d'utiliser ces produits.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/eac_f.html >.

Défis sur le plan de notre rendement en 2000

Notre rendement a été modifié par un certain nombre de facteurs dont :

- la croissance rapide du niveau de complexité de la science et des technologies (p. ex. nouveaux produits de la biotechnologie et progrès dans le domaine pharmaceutique);
- la demande du public d'une meilleure évaluation des risques de l'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) et de l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS) afin de s'assurer que les produits d'origine animale sont sûrs et que la transmission de maladies n'est pas possible;
- les pressions de la population qui souhaite que les nouveaux médicaments et les nouveaux instruments médicaux soient approuvés plus rapidement tout en garantissant la sécurité et l'efficacité de ces produits.

Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	140,7 $	152,5 $	147,4 $
Recettes	(3,4 $)	(9,1 $)	(6,9 $)
Dépenses nettes	137,3 $	143,4 $	140,5 $

* Cette somme représente 22,2 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation de l'autorisation de crédit net pour la sécurité et la santé au travail.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,9 millions de dollars par rapport aux autorisations en raison surtout :

- de l'annulation de fonds pour couvrir les frais du régime de prestations aux employés et les frais d'accueil dans le cadre de l'initiative sur la santé environnementale;
- de retards de certaines activités liées à l'initiative sur les drogues contrôlées.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/index.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Promouvoir des cadres de vie, ainsi que des environnements de travail et de loisirs sains et s'assurer de la sécurité et de l'efficacité des biens de production et des produits de consommation sur le marché canadien.

C : Contexte

Ce secteur de service fait la promotion de cadres de vie, d'environnements de travail et de loisirs sains et réduit les effets néfastes causés par le tabac, l'alcool, les substances réglementées, les contaminants de l'environnement et les produits peu sûrs destinés aux fabricants et aux consommateurs.

D : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de la biotechnologie. (RS 2.8)

- Prévention des effets néfastes sur la santé de l'exposition à de nouveaux produits chimiques en imposant des contrôles pour quatre nouveaux produits chimiques et en se prévalant des clauses sur les Nouvelles activités significatives de la nouvelle *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* pour deux produits chimiques.

- Examen des résultats d'une enquête cyclique sur les allumettes qui a révélé que 50 p. 100 des allumettes vérifiées n'étaient pas conformes à la *Loi sur les produits dangereux* - règlement (allumettes); élaboration d'un plan d'action pour accroître la protection contre les incendies et les blessures au sein de la population canadienne.

Évaluation de plus de 500 nouveaux produits chimiques et substances issues de la biotechnologie et de 130 produits de remplacement afin de cibler les risques pour la population en général dans le cadre d'une stratégie de prévention de la pollution relativement à la gestion des risques environnementaux et des risques pour la santé.

- Élaboration d'un certain nombre de méthodes d'analyse très perfectionnées en laboratoire permettant de détecter une faible teneur de substances dangereuses dans les bijoux, les jouets, les petites figurines et la pâte à modeler.

- Plus grande protection des consommateurs grâce à :
  - la réduction du nombre de dispositifs dangereux qui émettent des radiations et d'autres produits ménagers dangereux en inspectant les biens canadiens et importés, en vérifiant la sécurité des produits, en examinant les installations de production et en sensibilisant la population à l'utilisation des produits ménagers < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/bsp/index.htm >;
  - l'application des prescriptions de la *Loi sur les produits dangereux* en ce qui a trait à la sécurité des matelas, des bouilloires, des landaus, des poussettes et des lits de bébé.

Appareil de vérification des lits de bébé

Secteur de service C : Santé environnementale et sécurité des consommateurs

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	140,7 $	152,5 $	147,4 $
Recettes	(3,4 $)	(9,1 $)	(6,9 $)
Dépenses nettes	137,3 $	143,4 $	140,5 $

* Cette somme représente 22,2 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation de l'autorisation de crédit net pour la sécurité et la santé au travail.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,9 millions de dollars par rapport aux autorisations en raison surtout :

- de l'annulation de fonds pour couvrir les frais du régime de prestations aux employés et les frais d'accueil dans le cadre de l'initiative sur la santé environnementale;
- de retards de certaines activités liées à l'initiative sur les drogues contrôlées.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/index.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Promouvoir des cadres de vie, ainsi que des environnements de travail et de loisirs sains et s'assurer de la sécurité et de l'efficacité des biens de production et des produits de consommation sur le marché canadien.

C : Contexte

Ce secteur de service fait la promotion de cadres de vie, d'environnements de travail et de loisirs sains et réduit les effets néfastes causés par le tabac, l'alcool, les substances réglementées, les contaminants de l'environnement et les produits peu sûrs destinés aux fabricants et aux consommateurs.

D : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de la biotechnologie. (RS 2.8)

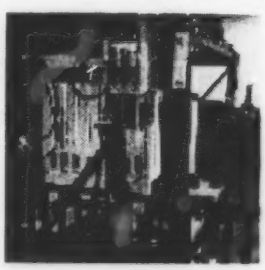
- Prévention des effets néfastes sur la santé de l'exposition à de nouveaux produits chimiques en imposant des contrôles pour quatre nouveaux produits chimiques et en se prévalant des clauses sur les Nouvelles activités significatives de la nouvelle *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* pour deux produits chimiques.

- Examen des résultats d'une enquête cyclique sur les allumettes qui a révélé que 50 p. 100 des allumettes vérifiées n'étaient pas conformes à la *Loi sur les produits dangereux* - règlement (allumettes); élaboration d'un plan d'action pour accroître la protection contre les incendies et les blessures au sein de la population canadienne.

Évaluation de plus de 500 nouveaux produits chimiques et substances issues de la biotechnologie et de 130 produits de remplacement afin de cibler les risques pour la population en général dans le cadre d'une stratégie de prévention de la pollution relativement à la gestion des risques environnementaux et des risques pour la santé.

- Élaboration d'un certain nombre de méthodes d'analyse très perfectionnées en laboratoire permettant de détecter une faible teneur de substances dangereuses dans les bijoux, les jouets, les petites figurines et la pâte à modeler.

- Plus grande protection des consommateurs grâce à :
  - la réduction du nombre de dispositifs dangereux qui émettent des radiations et d'autres produits ménagers dangereux en inspectant les biens canadiens et importés, en vérifiant la sécurité des produits, en examinant les installations de production et en sensibilisant la population à l'utilisation des produits ménagers < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/bsp/index.htm >;
  - l'application des prescriptions de la *Loi sur les produits dangereux* en ce qui a trait à la sécurité des matelas, des bouilloires, des landaus, des poussettes et des lits de bébé.



Appareil de vérification des lits de bébé

- Signature d'un protocole d'entente (PE) avec le gouvernement de la Chine afin d'amorcer le processus d'assurance de la sécurité des briquets importés au Canada. L'objectif du PE est de régler des problèmes à l'échelle mondiale avec l'un des principaux partenaires commerciaux du Canada qui, selon ce qui a été démontré, ne respecte pas la réglementation canadienne.

- Élaboration d'un cadre stratégique et d'une stratégie de communication sur le changement climatique et la santé en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour évaluer les risques éventuels des répercussions du changement climatique sur la santé et le bien-être.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/climat/index.htm >

- Réalisation de recherches et d'évaluations sur les répercussions des particules, de l'ozone et d'autres polluants atmosphériques sur la santé humaine; on a ainsi appris, par exemple, que l'inhalation de particules aussi petites pouvait avoir une incidence sur les personnes ayant des problèmes cardiaques. Ces recherches et bien d'autres nous ont permis de mieux comprendre les risques que représente la pollution de l'air pour la santé des Canadiens et des Canadiennes.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/qualite_air/index.htm >

- Évaluation et analyse de la toxicité des substances et des produits chimiques d'intérêt prioritaire qui peuvent nuire à la santé humaine et à l'environnement conformément à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. Il s'agit d'une étape importante pour l'élaboration de mesures de contrôle éventuelles visant à protéger la santé humaine et l'environnement.

Réalisation d'évaluations de l'exposition aux radiations pour plus de 90 000 travailleurs canadiens afin d'aider ces derniers à travailler en toute sécurité à l'aide des technologies nucléaires.
< http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/bsp/index.htm >

- Évaluation d'études sur les répercussions de l'ozone des basses couches de l'atmosphère sur la santé ayant permis de conclure que les taux actuels de ce polluant sont responsables du décès prématuré de Canadiens et de Canadiennes. Cette recherche a contribué à la signature de l'Accord Canada-États-Unis sur la qualité de l'air qui entraînera une réduction de l'exposition à l'ozone des basses couches de l'atmosphère, ce qui améliorera, par conséquent, la qualité de l'air au Canada.

- Mise à jour et révision des lignes directrices sur la présence de substances chimiques et microbiologiques dans l'eau potable et des normes matérielles en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les industries et les associations du secteur de l'eau ainsi que les organisations établissant les normes.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/bsp/index.htm >

- Rôle de chef de file à l'échelle mondiale grâce à sa participation à la préparation des premières directives de l'Organisation mondiale de la santé quant à la sécurité des milieux aquatiques destinés aux loisirs.
  < http://www.who.int/water_sanitation_health/Water_quality/recreat2.htm >

- Adoption du Système de gestion en santé et sécurité au travail en tant que pratique exemplaire pour la réalisation d'activités, ce qui a permis d'obtenir des évaluations plus précises des risques de blessures au travail pour les Canadiens et les Canadiennes.
- Fin du processus d'élaboration d'un programme de conformité volontaire destiné aux cuisines de l'air du pays pour garantir l'innocuité des 27 millions de repas servis dans les avions au Canada.
- Plus grande sensibilisation aux avantages de la santé globale au travail pour tous les Canadiens et les Canadiennes grâce à des consultations, à des conférences nationales et à des présentations.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsif.htm >.

Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances. (RS 2.9)

- Consultation de la population sur la réglementation des produits chimiques précurseurs, y compris une déclaration d'intention publiée le 24 mars 2001 dans la Partie I de la *Gazette du Canada*. Il s'agit d'un premier pas vers la réduction de la production de stupéfiants à l'échelle mondiale.
- Signature d'un accord avec l'organisme Community Research Initiative of Toronto pour participer à l'analyse de l'efficacité et de l'innocuité de la marijuana chez les patients vivant avec le VIH/sida.
- Réalisation d'une étude et élaboration de recommandations sur la façon de rationaliser le service national d'analyse des drogues en vue d'accroître la rentabilité et de fournir un service à valeur ajoutée à l'intention des initiatives antidrogue.
- Amélioration des procédures de traitement et de suivi des permis dans le but de traiter un volume accru de demandes en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* de façon à assurer la délivrance en temps opportun de permis d'importation et d'exportation pour l'approvisionnement légal de substances contrôlées tout en réduisant le risque de déroutement à des fins d'utilisation illégale.
- Rôle de chef de file et de coordonnateur de la Stratégie canadienne antidrogue < http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/dasc.htm > en vue de réduire les préjudices associés à l'alcool et aux autres drogues à l'endroit des individus, des familles et des communautés :
  - en réalisant des activités comme la création d'un Comité consultatif national sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal (SAF et EAF);
  - en élaborant un document de travail sur un consensus avec de multiples intervenants au sujet de l'utilisation de drogues injectables;

- en mettant en œuvre la réponse du Canada à la première étape de réalisation du Mécanisme multilatéral d'évaluation;
- en publiant *Les drogues : faits et méfaits.* < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/index.html >

- Définition des pratiques exemplaires pour le traitement et la réadaptation des alcooliques et des toxicomanes et contribution à l'acquisition de connaissances en se fondant sur ces pratiques exemplaires afin d'améliorer l'efficacité des initiatives de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes partout au Canada grâce à des partenariats avec les provinces et les territoires.

- Rôle de chef de file et de coordonnateur pour ce qui est de l'élaboration d'une Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme renouvelée à laquelle participent cinq ministères afin d'obtenir un engagement continu face à une approche intégrée et détaillée de lutte contre le tabagisme de façon à réduire les risques pour la santé de la population canadienne. Établissement d'objectifs mesurables solides par l'entremise d'activités de consultation avec des organisations non gouvernementales, les provinces, les territoires et d'autres ministères fédéraux. < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2001/taxetabac_2001fbk.htm >

- Responsable en partie de l'obtention du taux canadien de prévalence du tabagisme le plus faible depuis 1965 pour la population âgée de 15 ans ou plus, un résultat global qui peut être attribué à une vaste gamme d'activités comme la réglementation, l'application, la prévention et l'éducation effectuées au cours des dernières années grâce à l'initiative fédérale de lutte contre le tabagisme et grâce à de nombreuses initiatives provinciales, municipales et des ONG.

- Adoption du Règlement sur l'information relative aux produits du tabac et du Règlement sur les rapports relatifs au tabac de façon à ce que les Canadiens et les Canadiennes comprennent mieux les risques associés à l'usage des produits du tabac et que les fabricants déclarent les produits chimiques présents dans les produits du tabac et dans la fumée.

- Réalisation d'activités de surveillance en vertu de la *Loi sur le tabac* qui ont entraîné un taux de conformité de 69 p. 100 chez les détaillants, ce qui a contribué à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes.

- Modification du site Web de Santé Canada en vue d'inclure un programme intégré d'efforts personnels pour renoncer au tabac ainsi que de l'information sur les répercussions sur la santé du tabagisme et de l'exposition à la fumée de tabac ambiante.< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cesser/index.html >

Défis sur le plan de notre rendement en 2000

Notre rendement a été modifié par un certain nombre de facteurs dont :

- la nécessité d'ajuster l'organisation en raison du remaniement ministériel. Par le fait même, il a fallu évaluer, rajeunir et renforcer notre structure organisationnelle et gestionnaire dans le but d'améliorer les services offerts à

la population canadienne, de collaborer plus efficacement avec nos partenaires à l'interne et à l'externe et de renforcer notre capacité de travailler de façon cohérente et innovatrice;

- la hausse rapide de la demande de services de recherche et de services consultatifs en vue de promouvoir des cadres de vie, des environnements de travail et de loisirs sains et de réduire les préjudices causés par le tabac, l'alcool, les substances réglementées, les contaminants de l'environnement et les produits de consommation et industriels peu sûrs.

À la suite du remaniement de Santé Canada, la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (SESC) nouvellement créée doit réattribuer les ressources afin d'établir sa structure organisationnelle et de renforcer la portée nationale de ses programmes dans le but de continuer à se concentrer sur les services aux clients et de maintenir ses niveaux de service. Afin de commencer à mettre en œuvre une structure complète de programmes nationaux dans toutes les régions de Santé Canada, la Direction générale de la SESC et les directeurs généraux régionaux sont en train d'élaborer un accord-cadre définissant les rôles et les responsabilités, les responsabilités financières, la gestion et la structure organisationnelle, la planification, les processus d'attribution des ressources et de prestation de services et les exigences nécessaires afin d'offrir des programmes nationaux de manière efficace dans les municipalités. Cet accord important devrait être mis au point d'ici à la fin du mois de novembre 2001.

Afin de développer sa capacité organisationnelle essentielle, la SESC a lancé une initiative d'orientation stratégique en février 2001 visant à créer cette capacité à l'échelle de la direction générale afin de soutenir ses cinq programmes. Les priorités stratégiques suivantes ont été identifiées et sont abordées :

- amélioration de la capacité scientifique de la direction générale;
- renforcement de cette capacité afin de passer de la science à l'action;
- établissement d'une capacité de gestion;
- recherche de partenariats et de l'engagement du public;
- création d'un milieu de travail sain et encourageant.

Il s'agit d'initiatives à long terme ayant des objectifs à court et à moyen termes présentés annuellement afin d'aborder les capacités et les besoins en infrastructure les plus urgents de la nouvelle direction générale.

Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	21,0 $	30,2 $	29,5 $
Recettes	(0,2 $)	(7,0 $)	(7,0 $)
Dépenses nettes	20,8 $	23,2 $	22,5 $

* Cette somme représente 3,5 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation de l'autorisation de crédit net du Règlement sur la lutte antiparasitaire.

Les dépenses réelles sont inférieures de 700 000 $ par rapport aux autorisations totales en raison surtout de l'annulation de fonds pour couvrir les frais du régime de prestations aux employés et les frais d'accueil dans le cadre de l'initiative sur la santé environnementale.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./pmra-arla/francais/index-f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement en réduisant les risques associés aux produits antiparasitaires.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Produits antiparasitaires sûrs et efficaces. (RS 2.10)
Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son Règlement. (RS 2.11)
Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides. (RS 2.12)

- Hausse de 2 p. 100 du rendement sur le plan de l'examen des demandes de nouveaux produits depuis l'an passé, ce qui représente une augmentation de 25 p. 100 de la rentabilité depuis 1997; simplification des processus de présentation des données à l'aide du premier dossier de pesticide électronique

Secteur de service D : Réglementation de la lutte antiparasitaire

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	21,0 $	30,2 $	29,5 $
Recettes	(0,2 $)	(7,0 $)	(7,0 $)
Dépenses nettes	20,8 $	23,2 $	22,5 $

* Cette somme représente 3,5 p. 100 des dépenses réelles du secteur d'activité.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'expliquent par l'approbation de l'autorisation de crédit net du Règlement sur la lutte antiparasitaire.

Les dépenses réelles sont inférieures de 700 000 $ par rapport aux autorisations totales en raison surtout de l'annulation de fonds pour couvrir les frais du régime de prestations aux employés et les frais d'accueil dans le cadre de l'initiative sur la santé environnementale.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./pmra-arla/francais/index-f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement en réduisant les risques associés aux produits antiparasitaires.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Produits antiparasitaires sûrs et efficaces. (RS 2.10)
Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son Règlement. (RS 2.11)
Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides. (RS 2.12)

- Hausse de 2 p. 100 du rendement sur le plan de l'examen des demandes de nouveaux produits depuis l'an passé, ce qui représente une augmentation de 25 p. 100 de la rentabilité depuis 1997; simplification des processus de présentation des données à l'aide du premier dossier de pesticide électronique

au monde présenté sous format PDF/lié à un navigateur Web, ce qui a améliorer l'accès des Canadiens et des Canadiennes aux nouvelles technologies. Pour atteindre l'objectif total d'accroissement de la rentabilité de 40 p. 100, il faudrait que l'industrie fournisse des demandes électroniques et mette complètement en œuvre le processus d'examen conjoint.

- Approbation de deux produits antiparasitaires à risque réduit et poursuite du travail se rapportant à quatre pesticides à risque réduit proposés. Les pesticides à risque réduit présentent peu de risques pour la santé humaine et l'environnement par comparaison aux pesticides habituels. L'ARLA accorde la priorité aux produits à risque réduit ayant fait l'objet d'un examen conjoint afin que les producteurs aient accès aux dernières technologies en faisant la promotion d'une lutte antiparasitaire durable et en réduisant les risques éventuels pour la santé humaine et l'environnement.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/reg-f.html >

- Accès à des solutions de rechange au lindane, qui est éliminé graduellement en raison de préoccupations environnementales. Il s'agit d'un pesticide biologique persistant qui peut être transporté sur de longues distances et se répandre à grande échelle dans l'environnement. La présentation de solutions de rechange diminuera les répercussions sur l'environnement et réduira la pollution de l'air transfrontière.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/sra/sra9901-f.pdf >

- Mise au point des lignes directrices pour le programme de réévaluation et publication d'une Directive d'homologation de l'ARLA, 2001-2003 Programme de réévaluation, qui comprend des commentaires sur le projet de règlement. Le but consiste à réévaluer toutes les matières actives de qualité technique ainsi que les matières actives contenues dans des préparations commerciales homologuées avant le 31 décembre 1994 de façon à harmoniser et à coordonner l'échéancier par rapport à l'organisme US Environmental Protection Agency.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2001-03-f.pdf >

- Élimination des pesticides potentiellement nocifs pour la santé et l'environnement par l'entremise de programmes de réévaluation. Jusqu'à maintenant, la réévaluation des pesticides organophosphorés a conduit à l'arrêt de la production de fonofos et à l'élimination progressive de l'utilisation du diazinon à l'intérieur des résidences et des commerces. De nombreuses autres mesures du genre seront entreprises.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rev-f.html >

- Transmission à la population canadienne de l'information permettant de prendre des décisions saines sur le plan écologique pour ce qui est de l'entretien des pelouses en élaborant une stratégie pour pelouses saines ainsi qu'un site Web « Pelouses saines » en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. < http://www.healthylawns.net >

- Élaboration d'un plan d'action sur les pesticides en milieu urbain, y compris des plans visant l'homologation des nouveaux produits à risque réduit et une réévaluation des priorités relativement à l'utilisation, sur les pelouses et

gazons, des insecticides et des herbicides les plus communs. Cette approche à trois volets aidera les Canadiens et les Canadiennes à diminuer leur dépendance à l'égard des pesticides en milieu urbain.

- Mise au point des projets de nouvelle loi sur les pesticides à la lumière des recommandations du Comité permanent de l'environnement et du développement durable de la Chambre des communes; poursuite de l'élaboration de règlements en prévision de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*. La nouvelle Loi offrira à la population canadienne un système de réglementation plus ouvert et plus transparent, également en ce qui a trait à la divulgation des renseignements, et fera de la protection de la santé et de l'environnement une priorité.

- Élaboration de lignes directrices relatives à une politique sur les formulants pour garantir que tous les ingrédients, et non seulement les matières actives, sont évalués de façon à protéger la santé humaine et l'environnement et à les harmoniser avec la politique sur les formulants de l'organisme US Environmental Protection Agency. Les observations du public ont été examinées au cours de l'élaboration de cette directive finale sur la politique relative aux formulants qui sera communiquée sous peu.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/pro/pro2000-04-f.pdf >

Réalisation de plus de 1 700 enquêtes, consultations et inspections appuyées par environ 1 100 analyses en laboratoire. Six poursuites ont été intentées avec succès. Les enquêtes poussées de l'ARLA contribuent à garantir une utilisation adéquate des pesticides, ce qui permet de protéger les disponibilités alimentaires et l'environnement.

- Élaboration du document de référence pour les dossiers concernant les pesticides chimiques et leurs monographies, en collaboration avec le Sous-groupe sur les pesticides de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); le Canada a déjà reçu six soumissions dans ce format. Ce document facilitera l'enregistrement des pesticides en réduisant le dédoublement des efforts des gouvernements et de l'industrie.
  < http://www.oecd.org/ehs/PestGD01.htm >

- Harmonisation et documentation des processus de réglementation basées sur le document *État de l'harmonisation des exigences relatives aux données et aux protocoles d'essai pour l'homologation des pesticides - Devenir dans l'environnement* du Groupe de travail technique sur les pesticides en vertu de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), en retraçant les nombreux points d'entente entre le Canada et les États-Unis à propos des données d'homologation et des protocoles d'essai ayant trait au devenir dans l'environnement.

- Mise au point d'une réévaluation conjointe du chlorpyrifos avec l'organisme US Environmental Protection Agency ayant entraîné des restrictions au niveau de l'emploi. En limitant certaines utilisations, on garantit une protection maximale des enfants contre d'éventuels risques.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rev-f.html >

- Mise en application de facteurs de sécurité supplémentaires à l'intention des sous-populations plus à risque, afin d'en arriver à des facteurs de sécurité plus rigoureux en matière de santé conformément à la *Food Quality Protection Act* des États-Unis. Par exemple, un facteur 10 supplémentaire concernant la sécurité a été ajouté lors de l'évaluation des risques du chlorpyrifos dans le cas susmentionné afin de protéger les enfants.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rev-f.html >

- Explication des procédures d'évaluation et de gestion des risques utilisées par l'ARLA lors de la prise de décisions de nature réglementaire. C'est ce cadre décisionnel qui guide l'Agence lorsqu'elle doit définir l'ampleur des risques que représentent les pesticides pour la santé humaine et l'environnement et lorsqu'elle doit élaborer des stratégies de gestion des risques appropriées et efficaces.< http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/spn-f.html >

- Mise en œuvre d'approches de travail visant une étude plus minutieuse de la base de données sur les pesticides pour obtenir des preuves de la perturbation du système endocrinien et application d'autres facteurs de sécurité selon ce qui est justifié. Étant donné que d'importantes quantités de produits chimiques qui perturbent le système endocrinien se trouvent dans l'environnement et que l'exposition cumulée peut exercer une influence négative sur les hormones et le développement, il est prioritaire de contrôler leur présence.

- Utilisation de statistiques volontairement transmises sur les ventes afin d'étudier les systèmes d'analyse et de transmission de données et d'améliorer les aspects techniques de la collecte de données. L'élaboration d'une réglementation proposée en vue de rendre obligatoire la divulgation des statistiques de ventes annuelles par tous les détenteurs d'homologations se poursuit. La collecte des données sur les ventes de pesticides aidera à obtenir de meilleures estimations quant à l'exposition des humains et de l'environnement aux pesticides.

- Participation aux discussions du Comité chargé de la protection de l'environnement maritime de l'Organisation maritime internationale portant sur l'élimination graduelle de l'utilisation de peinture antisalissure à base d'étain pour la coque des navires. Dans le cadre d'un accord international, il a été établi que l'étain est nocif pour l'environnement maritime; par conséquent, dans le cadre des discussions, on vise à établir une convention internationale qui entraînera des obligations pour les pays signataires afin qu'ils cessent d'utiliser la peinture à base d'étain d'ici 2003 et qui fera en sorte que cette peinture soit retirée des bâtiments amiraux canadiens au plus tard en 2008.

Secteur d'activité 3 : Santé des Premières nations et des Inuits

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	1 298,9 $	1 275,6 $	1 273,7 $
Recettes	(9,1 $)	(9,1 $)	(7,2 $)
Dépenses nettes	1 289,8 $	1 266,5 $	1 266,5 $

* Cette somme représente 54,6 p.100 des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par les fonds accordés aux Premières nations relativement à des projets de construction/rénovation d'installations dans les réserves pour le secteur d'activité Gestion et administration ministérielle.

Site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/ >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

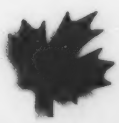
B : Objectif

Des services et des programmes de santé durables aux communautés des Premières nations et inuites pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans un contexte d'autonomie et de contrôle de la part des Premières nations et des Inuits et en collaboration avec les provinces et les territoires.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens. (RS 3.1)

L'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et la réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et le reste de la population canadienne font partie des engagements clés du présent gouvernement. Santé Canada a maintenu et lancé un certain nombre d'initiatives



et de programmes visant à régler des questions importantes en matière de santé et à combler les écarts dans les services de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits. Des progrès majeurs ont été faits au cours des 20 dernières années : la mortalité infantile a diminué de moitié et l'espérance de vie a augmenté de 10 ans depuis 1979. Cependant, les écarts en matière de santé et de bien-être entre les Premières nations et les Inuits et le reste des Canadiens moyens demeurent importants. Parmi les diverses initiatives mises en place par Santé Canada en vue d'éliminer les écarts, on compte :

En 2000-2001, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a financé 168 projets destinés à plus de 7 700 enfants.

- Le soutien aux communautés des Premières nations et inuites pour mieux faire face aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues au sein des communautés en leur fournissant une capacité de traitement par le biais du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Les centres de traitement du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones ont offert leurs services à 4 616 clients et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes a offert ses services à environ 208 jeunes au cours de l'année financière 2000-2001. Le Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants ont réalisé des progrès considérables vers l'amélioration de la qualité des soins et le système d'information sur la toxicomanie :
  - la mise en œuvre d'un processus d'accréditation sur les normes en matière de traitement dans le cadre du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Cinq centres qui offrent les programmes de traitement sont devenus les premiers à être accrédités au Canada et 23 autres centres ont fait une demande d'accréditation;
  - la mise au point de la conception du système d'information sur les toxicomanies, dont drogues; la mise en œuvre est prévue pour l'automne 2001.
- L'amélioration des conditions de vie et l'ajout de primes pour les infirmiers et infirmières œuvrant dans les régions isolées. Un programme de soutien aux étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières a été mis en place, ainsi qu'un programme de stage en sciences infirmières. Ces mesures contribueront à la diminution de la pénurie d'infirmiers et d'infirmières possédant une formation supérieure dont on a besoin pour gérer les programmes de santé communautaire. On a également élaboré des normes concernant les médicaments, des lignes directrices sur la profession infirmière, des outils d'autoévaluation et des guides d'autoformation pour garantir que le personnel infirmier fait preuve d'un niveau de compétence professionnelle élevé.

Secteur d'activité 3 : Santé des Premières nations et des Inuits

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	1 298,9 $	1 275,6 $	1 273,7 $
Recettes	(9,1 $)	(9,1 $)	(7,2 $)
Dépenses nettes	1 289,8 $	1 266,5 $	1 266,5 $

* Cette somme représente 54,6 p.100 des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par les fonds accordés aux Premières nations relativement à des projets de construction/rénovation d'installations dans les réserves pour le secteur d'activité Gestion et administration ministérielle.

Site Web < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/ >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

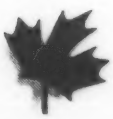
B : Objectif

Des services et des programmes de santé durables aux communautés des Premières nations et inuites pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans un contexte d'autonomie et de contrôle de la part des Premières nations et des Inuits et en collaboration avec les provinces et les territoires.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens. (RS 3.1)

L'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et la réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et le reste de la population canadienne font partie des engagements clés du présent gouvernement. Santé Canada a maintenu et lancé un certain nombre d'initiatives



et de programmes visant à régler des questions importantes en matière de santé et à combler les écarts dans les services de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits. Des progrès majeurs ont été faits au cours des 20 dernières années : la mortalité infantile a diminué de moitié et l'espérance de vie a augmenté de 10 ans depuis 1979. Cependant, les écarts en matière de santé et de bien-être entre les Premières nations et les Inuits et le reste des Canadiens moyens demeurent importants. Parmi les diverses initiatives mises en place par Santé Canada en vue d'éliminer les écarts, on compte :

En 2000-2001, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a financé 168 projets destinés à plus de 7 700 enfants.

- Le soutien aux communautés des Premières nations et inuites pour mieux faire face aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues au sein des communautés en leur fournissant une capacité de traitement par le biais du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Les centres de traitement du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones ont offert leurs services à 4 616 clients et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes a offert ses services à environ 208 jeunes au cours de l'année financière 2000-2001. Le Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants ont réalisé des progrès considérables vers l'amélioration de la qualité des soins et le système d'information sur la toxicomanie :
  - la mise en œuvre d'un processus d'accréditation sur les normes en matière de traitement dans le cadre du Programme national de lutte contre les abus d'alcool et de drogues chez les autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Cinq centres qui offrent les programmes de traitement sont devenus les premiers à être accrédités au Canada et 23 autres centres ont fait une demande d'accréditation;
  - la mise au point de la conception du système d'information sur les toxicomanies, dont drogues; la mise en œuvre est prévue pour l'automne 2001.

- L'amélioration des conditions de vie et l'ajout de primes pour les infirmiers et infirmières œuvrant dans les régions isolées. Un programme de soutien aux étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières a été mis en place, ainsi qu'un programme de stage en sciences infirmières. Ces mesures contribueront à la diminution de la pénurie d'infirmiers et d'infirmières possédant une formation supérieure dont on a besoin pour gérer les programmes de santé communautaire. On a également élaboré des normes concernant les médicaments, des lignes directrices sur la profession infirmière, des outils d'autoévaluation et des guides d'autoformation pour garantir que le personnel infirmier fait preuve d'un niveau de compétence professionnelle élevé.

- Attribution d'un nouveau contrat au Saskatchewan Indian Federated College pour l'École nationale de dentothérapie à Prince Albert, en Saskatchewan. Le nouveau contrat permettra de mettre en valeur le programme de soins dentaires en offrant aux diplômés un ensemble de compétences à la fine pointe ainsi qu'une formation sur les traitements bucco-dentaires au sein des diverses communautés des Premières nations et inuites.

Population des Premières nations et des Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé. (RS 3.2)

- Élargissement du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) dans environ 500 communautés des Premières nations et Inuites, représentant approximativement 7 000 naissances par année. On a ainsi pu joindre davantage de femmes plus tôt au cours de la grossesse; elles ont participé au PCNP pendant une période plus longue après l'accouchement (12 mois après l'accouchement au lieu de 6), ce qui leur a permis d'obtenir des services et des activités plus approfondis à toutes les étapes. À long terme, des bébés en meilleure santé viendront au monde et on remarquera une amélioration de la santé de la mère et du nourrisson.

- Élaboration d'un cadre national pour l'Initiative sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal visant les Premières nations et les Inuits, en collaboration avec les communautés et les intervenants de première ligne. Dix projets de prévention du SAF/EAF ont été mis en œuvre dans des communautés des Premières nations et inuites.

- Élaboration de deux cadres de programme sur le diabète à l'intention des Autochtones. Le premier vise les Premières nations dans les réserves et les Inuits vivant dans les communautés inuites, tandis que l'autre se rapporte aux programmes de prévention et de promotion destinés aux Métis, aux Autochtones hors réserve et aux Inuits vivant en milieu urbain. L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a été mis en œuvre dans les 8 régions de la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits et 16 projets hors réserve ont été financés. Une évaluation du programme a permis de conclure que les participants étaient en mesure d'identifier les améliorations des services liés au diabète, qu'il y avait une augmentation de la sensibilisation, des compétences et des connaissances et que certaines modifications du style de vie avaient permis d'améliorer la gestion du diabète.

- Création :
  - de réseaux permettant aux travailleurs communautaires en santé mentale en contact avec le public d'échanger de l'information et d'obtenir du soutien;
  - de documentation pour le site, de ressources pour la promotion et de documents Web sur les problèmes de santé mentale se rapportant aux jeunes autochtones. < http://www.ayn.ca/health/ >
- Financement de l'établissement du Conseil national des Autochtones sur le VIH/sida qui est formé de jeunes, d'aînés et de dirigeants communautaires. On a ainsi obtenu une approche coordonnée à l'endroit de la prestation des programmes au sein des communautés inuites et des Premières nations. De plus, un réseau inuit sur le VIH/sida a été mis sur pied; il travaille en faveur du transfert des responsabilités liées au VIH/sida et à la santé génésique vers les régies régionales inuites de la santé de façon à ce que les communautés aient davantage de contrôle et de responsabilités sur le plan de la prestation de services de santé essentiels destinés à leur population.

Environ 700 collectivités des Premières nations et inuites sont admissibles à l'accès au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) qui est élaboré sur une période de trois ans. Jusqu'à maintenant, plus de 75 p. 100 des communautés inuites et des Premières nations ont réalisé des évaluations des besoins en matière de soins à domicile, 40 p. 100 des communautés ont finalisé leurs plans de prestation des services et 23 p. 100 ont amorcé le processus de prestation des services. Tout au long de la période de planification, des liens solides ont été établis avec les fournisseurs de soins de santé provinciaux et du secteur privé. Des investissements importants ont été faits tant en matière de formation (12 millions de dollars) qu'en capital (28 milions de dollars) pour bâtir l'infrastructure humaine et physique de ce nouveau programme. Neuf projets de soins à domicile ont été réalisés par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé; un rapport d'évaluation a permis de conclure qu'il existait un besoin de services de soins à domicile nouveaux, améliorés ou élargis qui seraient fondés sur les services essentiels déterminés dans le cadre de SDMC. En vue de faciliter le partage et l'échange de documents relatifs au programme élaborés dans tout le pays, une page Web et un babillard ont été crées. < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/chp/fnihccp/index.htm >

- Attribution d'un nouveau contrat au Saskatchewan Indian Federated College pour l'École nationale de dentothérapie à Prince Albert, en Saskatchewan. Le nouveau contrat permettra de mettre en valeur le programme de soins dentaires en offrant aux diplômés un ensemble de compétences à la fine pointe ainsi qu'une formation sur les traitements bucco-dentaires au sein des diverses communautés des Premières nations et inuites.

Population des Premières nations et des Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé. (RS 3.2)

- Élargissement du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) dans environ 500 communautés des Premières nations et Inuites, représentant approximativement 7 000 naissances par année. On a ainsi pu joindre davantage de femmes plus tôt au cours de la grossesse; elles ont participé au PCNP pendant une période plus longue après l'accouchement (12 mois après l'accouchement au lieu de 6), ce qui leur a permis d'obtenir des services et des activités plus approfondis à toutes les étapes. À long terme, des bébés en meilleure santé viendront au monde et on remarquera une amélioration de la santé de la mère et du nourrisson.

- Élaboration d'un cadre national pour l'Initiative sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal visant les Premières nations et les Inuits, en collaboration avec les communautés et les intervenants de première ligne. Dix projets de prévention du SAF/EAF ont été mis en œuvre dans des communautés des Premières nations et inuites.

Élaboration de deux cadres de programme sur le diabète à l'intention des Autochtones. Le premier vise les Premières nations dans les réserves et les Inuits vivant dans les communautés inuites, tandis que l'autre se rapporte aux programmes de prévention et de promotion destinés aux Métis, aux Autochtones hors réserve et aux Inuits vivant en milieu urbain. L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a été mis en œuvre dans les 8 régions de la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits et 16 projets hors réserve ont été financés. Une évaluation du programme a permis de conclure que les participants étaient en mesure d'identifier les améliorations des services liés au diabète, qu'il y avait une augmentation de la sensibilisation, des compétences et des connaissances et que certaines modifications du style de vie avaient permis d'améliorer la gestion du diabète.

- Création :
  - de réseaux permettant aux travailleurs communautaires en santé mentale en contact avec le public d'échanger de l'information et d'obtenir du soutien;
  - de documentation pour le site, de ressources pour la promotion et de documents Web sur les problèmes de santé mentale se rapportant aux jeunes autochtones. < http://www.ayn.ca/health/ >

- Financement de l'établissement du Conseil national des Autochtones sur le VIH/sida qui est formé de jeunes, d'aînés et de dirigeants communautaires. On a ainsi obtenu une approche coordonnée à l'endroit de la prestation des programmes au sein des communautés inuites et des Premières nations. De plus, un réseau inuit sur le VIH/sida a été mis sur pied; il travaille en faveur du transfert des responsabilités liées au VIH/sida et à la santé génésique vers les régies régionales inuites de la santé de façon à ce que les communautés aient davantage de contrôle et de responsabilités sur le plan de la prestation de services de santé essentiels destinés à leur population.

Environ 700 collectivités des Premières nations et inuites sont admissibles à l'accès au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) qui est élaboré sur une période de trois ans. Jusqu'à maintenant, plus de 75 p. 100 des communautés inuites et des Premières nations ont réalisé des évaluations des besoins en matière de soins à domicile, 40 p. 100 des communautés ont finalisé leurs plans de prestation des services et 23 p. 100 ont amorcé le processus de prestation des services. Tout au long de la période de planification, des liens solides ont été établis avec les fournisseurs de soins de santé provinciaux et du secteur privé. Des investissements importants ont été faits tant en matière de formation (12 millions de dollars) qu'en capital (28 milions de dollars) pour bâtir l'infrastructure humaine et physique de ce nouveau programme. Neuf projets de soins à domicile ont été réalisés par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé; un rapport d'évaluation a permis de conclure qu'il existait un besoin de services de soins à domicile nouveaux, améliorés ou élargis qui seraient fondés sur les services essentiels déterminés dans le cadre de SDMC. En vue de faciliter le partage et l'échange de documents relatifs au programme élaborés dans tout le pays, une page Web et un babillard ont été crées. < http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/chp/fnihccp/index.htm >

Disponibilité et accessibilité de services de santé efficaces à l'intention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires. (RS 3.3)

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires en vue de fournir un éventail complet de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Ces services sont centrés sur la prestation de soins de santé publique dans la collectivité, la prévention des maladies transmissibles, la santé de l'environnement et la salubrité de l'eau, la promotion de la santé et la prévention, y compris des programmes portant sur le sida et le diabète, certains soins de santé primaires grâce à divers types d'installations sanitaires, des services en matière de toxicomanie et l'assurance-maladie complémentaire. Les services de santé sont fournis par plus de 800 infirmiers et infirmières et 700 agents de santé communautaire. Santé Canada a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives pour continuer à améliorer l'accès et la disponibilité de services de santé de qualité dont les suivantes :

- étendre la prestation de soins de santé et de services infirmiers pour y inclure l'évaluation de santé, le diagnostic et les interventions thérapeutiques, la santé de la famille, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et le développement communautaire pour 614 communautés des Premières nations;
- donner l'accès à un éventail d'indemnités en cas de maladie et de services de santé nécessaires du point de vue médical qui complètent les régimes d'assurance-maladie

Services des soins de santé offerts aux collectivité des Premières nations et inuites grâce aux installations suivantes se trouvant souvent dans des endroits isolés et reculés du Canada :

Type d'installation	Nombre
Postes de soins infirmiers	74
Centres de santé	214
Postes sanitaires	121
Infirmeries	60
Hôpitaux	4
Centres de traitement du programme Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté	54
Installations du Programme national des centres de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes	9
Total	**536**

Disponibilité et accessibilité de services de santé efficaces à l'intention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires. (RS 3.3)

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires en vue de fournir un éventail complet de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Ces services sont centrés sur la prestation de soins de santé publique dans la collectivité, la prévention des maladies transmissibles, la santé de l'environnement et la salubrité de l'eau, la promotion de la santé et la prévention, y compris des programmes portant sur le sida et le diabète, certains soins de santé primaires grâce à divers types d'installations sanitaires, des services en matière de toxicomanie et l'assurance-maladie complémentaire. Les services de santé sont fournis par plus de 800 infirmiers et infirmières et 700 agents de santé communautaire. Santé Canada a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives pour continuer à améliorer l'accès et la disponibilité de services de santé de qualité dont les suivantes :

- étendre la prestation de soins de santé et de services infirmiers pour y inclure l'évaluation de santé, le diagnostic et les interventions thérapeutiques, la santé de la famille, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et le développement communautaire pour 614 communautés des Premières nations;
- donner l'accès à un éventail d'indemnités en cas de maladie et de services de santé nécessaires du point de vue médical qui complètent les régimes d'assurance-maladie

Services des soins de santé offerts aux collectivité des Premières nations et inuites grâce aux installations suivantes se trouvant souvent dans des endroits isolés et reculés du Canada :

Type d'installation	Nombre
Postes de soins infirmiers	74
Centres de santé	214
Postes sanitaires	121
Infirmeries	60
Hôpitaux	4
Centres de traitement du programme Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté	54
Installations du Programme national des centres de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes	9
Total	**536**

privés, provinciaux ou territoriaux. Ces services de santé non assurés correspondent aux besoins en matière de santé qui sont propres aux Premières nations et aux Inuits et qui contribuent à l'amélioration de leur état de santé;

- former des dentothérapeutes en Alberta pour enseigner aux infirmiers et infirmières et aux intervenants en santé communautaire les méthodes d'application topique au fluor chez les nourrissons et les jeunes enfants afin de remédier au problème de carie dentaire grave chez les jeunes enfants et diriger des projets pilote d'éducation et de prévention visant les enfants d'âge scolaire de la maternelle à la sixième année;

- l'établissement de partenariats a été au cœur même de notre relation avec l'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'organisme Inuit Tapirisat du Canada (ITC). Ces partenariats serviront de base à l'élaboration d'un système de santé renouvelé pour les Premières nations et les Inuits. D'autre part, le processus de renouvellement définira les mécanismes relatifs à cette relation. Le Comité a entrepris d'explorer les composantes suivantes du renouvellement du système :
  - Soins de santé primaires
  - Ressources humaines en matière de santé
  - Promotion de la santé et bien-être
  - Renseignements sur la santé, développement de la technologie et de l'infrastructure
  - Gestion des services de santé non assurés
  - Gouvernance et responsabilité
  - Indicateurs et rapports
  - Politiques et relations

- Mise en œuvre du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) pour environ 63 p. 100 des sites visés entretenant 68 p. 100 de la population des Premières nations. Ce système électronique de gestion des cas offre aux communautés la possibilité de collecter des données appuyant la prestation des services de santé et des services de prévention ainsi que la planification et l'évaluation. L'intégration du SISPNI avec d'autres systèmes de santé publics des gouvernements fédéral et provinciaux a fait l'objet d'un projet pilote. On espère que l'intégration améliorera la sécurité et l'efficacité des soins de santé destinés aux patients en ciblant, par exemple, des traitements éventuellement non compatibles et en fournissant un dossier médical complet pour le patient.

- Mise en place de cinq bureaux pilotes (La Romaine, Qc, Berens River, Man., Southend, Sask., Fort Chipewyan, Alb., Anahim Lake, C.-B.) qui offrent des services de télésanté, p. ex. santé mentale, prévention et suivi du diabète et dermatologie. Les services de télésanté ont reçu un accueil favorable; ils ont contribué à améliorer la qualité des services de santé aux patients dans leur communauté.

- En collaboration avec la province de Terre-Neuve et le Labrador, Santé Canada a fourni, aux enfants innus de Davis Inlet et de Sheshatshiu qui inhalaient de l'essence, un accès immédiat à la désintoxication, à la stabilisation, à une évaluation et à un traitement approprié. Santé Canada a collaboré avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le cabinet du solliciteur général et avec la province de Terre-neuve et le Labrador ainsi que les Inuits du Labrador en vue d'élaborer des solutions à long terme aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux des Inuits.

Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés. (RS 3.4)

Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits dans le but de mettre en place des programmes durables et fiables. Ils se concentrent tout particulièrement sur la transmission du savoir et l'augmentation de la capacité des Premières nations et des Inuits.

- Mise en œuvre du Cadre de responsabilisation de la santé des Premières nations et des Inuits par l'entremise d'un bureau nouvellement créé. Les Premières nations et les Inuits ainsi que le Ministère seront ainsi davantage en mesure de faire connaître les résultats se rapportant aux investissements dans les programmes et les services, de cibler les lacunes sur le plan du service, d'améliorer la capacité en matière de prestation des services, d'évaluer le rendement et d'améliorer les pratiques générales de gestion. Il en découle ce qui suit :

Au 31 mars 2001, 81 p. 100 des communautés des Premières nations et inuites ont assumé une responsabilité accrue en ce qui concerne leurs ressources de soins de santé par le biais de 332 accords de financement de santé.

  - l'élaboration d'un cadre pour l'introduction d'un plan de santé communautaire complet pour les Premières nations qui sera mis à l'essai par le biais de projets pilotes; l'expérimentation de divers types de gestion et de modèles de contrôle. Les résultats de ces projets pilotes et de ces modèles expérimentaux fourniront la base des cadres de gestion et de contrôle à venir visant la gestion des services de santé par les Premières nations et les Inuits;
  - l'élaboration et la mise en œuvre d'une compilation de la totalité des programmes et d'un modèle de planification complet;
  - la production d'un cadre d'évaluation pour les programmes des Premières nations et des Inuits;

- l'élaboration d'un nouveau cadre de contrôle de la gestion et des accords de contribution normalisés en vue d'améliorer les pratiques de responsabilisation et de renforcer les pratiques de gestion.

Au cours de l'exercice 2000-2001, 8,634 millions d'ordonnances de médicaments et 0,422 million d'ordonnances de fournitures médicales et d'instruments médicaux ainsi que 1,932 millions de demandes de remboursement de frais dentaires ont été traités en vertu du programme SSNA.

- Élaboration d'approches de gestion par le biais de la Stratégie territoriale pour le bien-être avec les gouvernements territoriaux et les groupes des Premières nations et inuits. Cette stratégie débouchera sur une meilleure prestation de services et sur une réduction du fardeau administratif porté par les petites communautés territoriales qui fournissent les programmes de promotion de la santé.

- Prestation d'un éventail de services de santé et de produits pour la santé nécessaires sur le plan médical par l'entremise du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Ce programme s'ajoute aux prestations fournies par d'autres programmes privés, fédéraux ou provinciaux et vise plus de 700 000 clients des communautés inuites et des Premières nations qui sont admissibles sans égard à l'endroit où ils habitent au Canada. Les SSNA englobent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et les équipements médicaux, le transport pour raisons médicales et le counseling d'intervention d'urgence en santé mentale. Afin d'offrir les services les mieux gérés et les plus rentables possible :

  - réalisation de la transition vers le nouveau système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement; définition des exigences relatives à la présentation électronique de demandes de remboursement des frais dentaires;

  - ensemble des fournisseurs désormais en mesure de vérifier les données sur le client et la prestation et de recevoir de l'information sur les interactions médicamenteuses avant de préparer une ordonnance en présentant la demande de services pharmaceutiques au point de vente. Les points de vente ont produit 280 000 messages de mise en garde débouchant sur le refus d'exécution de 182 000 ordonnances;

- En collaboration avec la province de Terre-Neuve et le Labrador, Santé Canada a fourni, aux enfants innus de Davis Inlet et de Sheshatshiu qui inhalaient de l'essence, un accès immédiat à la désintoxication, à la stabilisation, à une évaluation et à un traitement approprié. Santé Canada a collaboré avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le cabinet du solliciteur général et avec la province de Terre-neuve et le Labrador ainsi que les Inuits du Labrador en vue d'élaborer des solutions à long terme aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux des Inuits.

Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés. (RS 3.4)

Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits dans le but de mettre en place des programmes durables et fiables. Ils se concentrent tout particulièrement sur la transmission du savoir et l'augmentation de la capacité des Premières nations et des Inuits.

- Mise en œuvre du Cadre de responsabilisation de la santé des Premières nations et des Inuits par l'entremise d'un bureau nouvellement créé. Les Premières nations et les Inuits ainsi que le Ministère seront ainsi davantage en mesure de faire connaître les résultats se rapportant aux investissements dans les programmes et les services, de cibler les lacunes sur le plan du service, d'améliorer la capacité en matière de prestation des services, d'évaluer le rendement et d'améliorer les pratiques générales de gestion. Il en découle ce qui suit :

Au 31 mars 2001, 81 p. 100 des communautés des Premières nations et inuites ont assumé une responsabilité accrue en ce qui concerne leurs ressources de soins de santé par le biais de 332 accords de financement de santé.

  - l'élaboration d'un cadre pour l'introduction d'un plan de santé communautaire complet pour les Premières nations qui sera mis à l'essai par le biais de projets pilotes; l'expérimentation de divers types de gestion et de modèles de contrôle. Les résultats de ces projets pilotes et de ces modèles expérimentaux fourniront la base des cadres de gestion et de contrôle à venir visant la gestion des services de santé par les Premières nations et les Inuits;
  - l'élaboration et la mise en œuvre d'une compilation de la totalité des programmes et d'un modèle de planification complet;
  - la production d'un cadre d'évaluation pour les programmes des Premières nations et des Inuits;

- l'élaboration d'un nouveau cadre de contrôle de la gestion et des accords de contribution normalisés en vue d'améliorer les pratiques de responsabilisation et de renforcer les pratiques de gestion.

Au cours de l'exercice 2000-2001, 8,634 millions d'ordonnances de médicaments et 0,422 million d'ordonnances de fournitures médicales et d'instruments médicaux ainsi que 1,932 millions de demandes de remboursement de frais dentaires ont été traités en vertu du programme SSNA.

- Élaboration d'approches de gestion par le biais de la Stratégie territoriale pour le bien-être avec les gouvernements territoriaux et les groupes des Premières nations et inuits. Cette stratégie débouchera sur une meilleure prestation de services et sur une réduction du fardeau administratif porté par les petites communautés territoriales qui fournissent les programmes de promotion de la santé.

- Prestation d'un éventail de services de santé et de produits pour la santé nécessaires sur le plan médical par l'entremise du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Ce programme s'ajoute aux prestations fournies par d'autres programmes privés, fédéraux ou provinciaux et vise plus de 700 000 clients des communautés inuites et des Premières nations qui sont admissibles sans égard à l'endroit où ils habitent au Canada. Les SSNA englobent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et les équipements médicaux, le transport pour raisons médicales et le counseling d'intervention d'urgence en santé mentale. Afin d'offrir les services les mieux gérés et les plus rentables possible :

  - réalisation de la transition vers le nouveau système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement; définition des exigences relatives à la présentation électronique de demandes de remboursement des frais dentaires;

  - ensemble des fournisseurs désormais en mesure de vérifier les données sur le client et la prestation et de recevoir de l'information sur les interactions médicamenteuses avant de préparer une ordonnance en présentant la demande de services pharmaceutiques au point de vente. Les points de vente ont produit 280 000 messages de mise en garde débouchant sur le refus d'exécution de 182 000 ordonnances;

- mise en œuvre d'un examen des fournitures médicales et d'instruments médicaux et de nouveaux mécanismes de prestation;
- mise en œuvre de quatre composantes du cadre de vérification des SSNA, ce qui a amélioré la capacité de détecter les irrégularités sur le plan de la facturation et de recouvrer les trop-payés;
- réalisation d'un total de 150 vérifications sur place au cours des exercices 1999-2000 et 2000-2001. Pour l'exercice 2001-2002 et chaque exercice subséquent, au moins 140 vérifications sur place seront effectuées. En raison des résultats de ces vérifications, on a mis fin aux privilèges de certains fournisseurs en matière de facturation en plus de renvoyer d'autres fournisseurs devant leur organisme de réglementation afin que d'autres vérifications soient effectuées et que des mesures soient prises;
- mise en œuvre d'un système détaillé d'établissement du profil des fournisseurs. Tous les fournisseurs qui transmettent des factures au programme font l'objet d'un examen fondé sur une série de tests sur le profil permettant de détecter des tendances relatives à des pratiques frauduleuses; par la suite, des mesures de suivi adéquates sont définies et appliquées;
- élaboration de mesures de gestion des coûts supplémentaires comme les montants maximaux admissibles et l'élargissement de la catégorie englobant les médicaments à utilisation restreinte. Cette catégorie comprend maintenant 28 médicaments.

Secteur d'activité 4 : Gestion de l'information et du savoir

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses nettes	143,3 $	131,8 $	126,7 $

* Cette somme représente 5,5 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les diminutions entre les dépenses prévues et les autorisations sont principalement attribuées au rapport de fonds du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé.

Les dépenses réelles sont inférieures de 5,1 millions de dollars par rapport aux autorisations totales en raison surtout des retards sur le plan de l'intégration nationale et régionale et de la dotation en gestionnaires responsables de la formation pour l'Infostructure canadienne de la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/francais/main_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs effets sur la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé et l'utilisation efficace d'information et d'analyses sur la santé produites en temps opportun, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure reddition de comptes au public.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Une infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population. (RS 4.1)

- Mise en marche du processus de mise en œuvre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), un programme d'encouragement de deux ans totalisant 80 millions de dollars dont l'objectif est de favoriser la collaboration, l'innovation et le renouvellement pour ce qui est

Secteur d'activité 4 : Gestion de l'information et du savoir

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses nettes	143,3 $	131,8 $	126,7 $

* Cette somme représente 5,5 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les diminutions entre les dépenses prévues et les autorisations sont principalement attribuées au rapport de fonds du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé.

Les dépenses réelles sont inférieures de 5,1 millions de dollars par rapport aux autorisations totales en raison surtout des retards sur le plan de l'intégration nationale et régionale et de la dotation en gestionnaires responsables de la formation pour l'Infostructure canadienne de la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca./iacb-dgiac/francais/main_f.html >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs effets sur la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé et l'utilisation efficace d'information et d'analyses sur la santé produites en temps opportun, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure reddition de comptes au public.

C : Résultats stratégiques (RS) et réalisations

Une infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population. (RS 4.1)

- Mise en marche du processus de mise en œuvre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), un programme d'encouragement de deux ans totalisant 80 millions de dollars dont l'objectif est de favoriser la collaboration, l'innovation et le renouvellement pour ce qui est

de la prestation des soins de santé par l'utilisation de technologies de l'information modernes; approbation de 30 projets concertés à des fins de financement. Par exemple, le NORTH Network, en collaboration avec plus de 70 partenaires, élargira les services de télésanté à 47 emplacements dans l'ensemble du nord de l'Ontario en établissant des liens entre les communautés rurales et éloignées et les centres d'aiguillage à Thunder Bay et à Sudbury afin d'orienter les patients vers les centres universitaires de santé dans le sud de l'Ontario et à Winnipeg, au Manitoba.

- Par l'aboutissement des processus fédéraux, provinciaux et territoriaux et des activités du Comité consultatif sur l'infostructure de la santé et de ses trois groupes de travail (sur les dossiers de santé électroniques, sur la télésanté et sur la protection de la vie privée), élaboration et présentation :
  - d'une base de données Internet sur les initiatives canadiennes des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, disponible en 2001, qui fournira des profils fiables, de qualité vérifiée et opportuns sur des initiatives canadiennes en télésanté et en dossiers de santé électroniques aux fournisseurs de soins de santé, aux administrateurs des établissements, aux responsables de l'élaboration de politiques et aux chercheurs;
  - d'un plan directeur fédéral, provincial et territorial et d'un plan tactique approuvés, mis à jour tous les ans, pour une infostructure pancanadienne de la santé décrivant la vision et la stratégie relatives à la mise en œuvre de technologies de l'information et des communications ayant trait à la santé. < http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/available/plan/index_f.html >

- Mise en œuvre de trois initiatives canadiennes liées à l'infostructure par Santé Canada (financement de 47,5 millions de dollars en 2000-2001) :
  - Le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (instauré afin que l'on s'assure que les communautés des Premières nations sont liées aux programmes nationaux de surveillance de la santé et à des éléments de bases de données provinciales - voir page 69);
  - L'Infostructure nationale de surveillance de la santé (instaurée afin que l'on s'assure que le Canada dispose des bons outils pour réagir face aux menaces pour la santé en temps opportun - voir page 46);
  - Le Réseau canadien de la santé est un service d'information sur la santé dans Internet qui traite de sujets précis liés à la santé ou à des groupements de population. Ce service est établi en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales à travers le Canada afin que les Canadiens et les Canadiennes accèdent plus facilement aux meilleurs renseignements publics sur des questions de santé. < http://www.canadian-health-network.ca/ >

- Contribution à la création d'Inforoute Santé Canada inc., l'association indépendante sans but lucratif qui a profité d'un investissement de 500 millions de dollars du gouvernement du Canada, en mars 2001, afin d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé, comme les dossiers électroniques des patients, dans le but d'offrir de meilleurs soins de

santé à la population canadienne. Des rapports financiers publics annuels et rapports d'étape préparés par Inforoute Santé Canada inc. ainsi que des vérifications financières indépendantes et un examen indépendant des activités et des projets exigés dans les cinq prochaines années, fourniront au Ministère les renseignements nécessaires à la production de rapports à venir concernant cette dépense et les résultats atteints.

- Prestation d'un soutien clé à l'Institut canadien d'information sur la santé et à Statistique Canada en ce qui a trait à la réalisation des projets de Carnet de route de l'information sur la santé. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes représente le plus important de ces projets; elle présentera à la population canadienne un aperçu de l'état de santé et des déterminants de la santé de 130 régions à travers le Canada.
- Appui accordé à la publication des premiers rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada sur la santé du système de soins de santé canadien et de la population canadienne, soit respectivement *Les soins de santé au Canada en l'an 2000* et *Rapports sur la santé — La santé de la population canadienne*. Les rapports permettent aux Canadiens et aux Canadiennes de mieux comprendre la santé et le rendement des soins de santé; ils attirent également l'attention sur bon nombre des questions sur lesquelles il faut en savoir davantage.

  Les soins de santé au Canada en l'an 2000:

  < http://www.cihi.ca/french/froadmap/fHealth_Rep/healthreport2000f/brochuref/broctocf.shtml >

  Rapports sur la santé — La santé de la population canadienne :

  < http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/free_f.htm >

Initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation des résultats de la recherche pour éclairer les décisions. (RS 4.2)

- Établissement de partenariats avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) par l'entremise d'ateliers et d'exercices d'établissement des priorités conjoints en vue de tirer profit des talents en matière de recherche de l'ensemble des secteurs gouvernemental et universitaire. Par exemple, l'Institut du cancer d'IRSC travaille avec le Ministère et ses partenaires à la stratégie canadienne de lutte contre le cancer en vue d'établir les priorités relatives à la recherche sur le cancer au Canada.

Décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé. (RS 4.3)

- Amélioration du processus de communication des conclusions tirées des recherches stratégiques grâce au lancement du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé de Santé Canada*. La réalisation d'une importante analyse quantitative sur les répercussions du vieillissement de la population sur la durabilité du système de soins de santé canadien en est un exemple. < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/index.html >

Responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments. (RS 4.4)

- Amélioration du processus d'évaluation du rendement des programmes ministériels en définissant des mesures du rendement et en amorçant la collecte de données et d'information à des fins d'établissement de rapports dans plusieurs secteurs clés comme la promotion de la santé et les aliments.
- Élaboration et présentation de cours sur l'évaluation du rendement à l'intention des gestionnaires du Ministère en vue de favoriser une culture et une capacité relatives à l'évaluation du rendement.

Secteur d'activité 5 : Gestion et administration ministérielle

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	131,1 $	183,7 $	180,6 $
Recettes	(0,7 $)	(0,7 $)	(0,3 $)
Dépenses nettes	130,4 $	183,0 $	180,3 $

* Cette somme représente 7,8 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par l'approbation de nouvelles ressources destinées à plusieurs initiatives comme la dépréciation des immobilisations, la Stratégie d'information financière (SIF), l'équité salariale et le soutien accordé aux Premières nations relativement à des projets de construction/rénovation d'installations dans les réserves.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,7 millions de dollars par rapport aux autorisations totales en raison surtout des activités de planification d'urgence de l'an 2000 qui n'ont pas nécessité autant de ressources que ce qui était prévu. Les ressources non utilisées serviront à rembourser les prêts de l'an 2000.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/ov_ap1_f.htm >

▲ Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Offrir un soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

Secteur d'activité 5 : Gestion et administration ministérielle

A : Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 2000-2001	Autorisations totales en 2000-2001	Dépenses réelles en 2000-2001*
Dépenses brutes	131,1 $	183,7 $	180,6 $
Recettes	(0,7 $)	(0,7 $)	(0,3 $)
Dépenses nettes	130,4 $	183,0 $	180,3 $

* Cette somme représente 7,8 p. 100 des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales/dépenses réelles s'expliquent en grande partie par l'approbation de nouvelles ressources destinées à plusieurs initiatives comme la dépréciation des immobilisations, la Stratégie d'information financière (SIF), l'équité salariale et le soutien accordé aux Premières nations relativement à des projets de construction/rénovation d'installations dans les réserves.

Les dépenses réelles sont inférieures de 2,7 millions de dollars par rapport aux autorisations totales en raison surtout des activités de planification d'urgence de l'an 2000 qui n'ont pas nécessité autant de ressources que ce qui était prévu. Les ressources non utilisées serviront à rembourser les prêts de l'an 2000.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/ov_ap1_f.htm >

Ce graphique met en évidence les réalisations qui soutiennent le développement durable.

B : Objectif

Offrir un soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

C : Résultat stratégique (RS) et réalisations

Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne. (RS 5.1)

- Mise en œuvre de la Stratégie d'information financière (SIF), y compris des améliorations au niveau des systèmes financiers, de biens et de biens matériels; formation des employés et mise à jour des politiques. L'objectif du SIF consiste à fournir au Ministère des renseignements financiers plus à jour afin de mieux gérer ses programmes.
- En collaboration avec la Commission de la fonction publique, élaboration d'un profil des compétences, d'outils et lignes directrices sur l'évaluation plaçant le Ministère au premier plan relativement à l'évaluation des compétences et au renforcement de la capacité des gestionnaires scientifiques supérieurs. De plus, ce travail traduit l'engagement du Ministère à l'égard de l'ordonnance du Tribunal canadien des droits de la personne de 1997.
- En collaboration avec le ministère du Patrimoine canadien, création d'une trousse du gestionnaire servant au recrutement, à la promotion et au maintien de l'effectif pour ce qui est des employés appartenant à une minorité visible ou vivant avec un handicap.
- Mise en œuvre d'initiatives visant à élargir le rôle du Ministère par rapport à la Partie VII de la *Loi sur les langues officielles*, y compris :
  - deux comités consultatifs pour régler le problème de la prestation de services de santé en français et en anglais à l'intention des communautés de langue officielle en situation minoritaire;
  - des partenariats interministériels avec ces communautés en vue d'améliorer et de renforcer l'accès aux soins de santé primaires et de base.
- Création d'un secrétariat de la fonction de contrôleur moderne en vue d'accroître la sensibilisation de tous les gestionnaires aux bonnes pratiques de gestion, y compris leurs responsabilités face à la responsabilisation à l'égard des résultats, à la saine gestion des ressources et à un processus décisionnel efficace.
- Réalisation d'une évaluation des capacités pour la fonction de contrôleur moderne dans le but de cibler les secteurs à améliorer.
- Élaboration d'un plan d'amélioration de la gestion financière du Ministère afin de s'attaquer aux préoccupations du vérificateur général.
- Renforcement de la reddition de comptes ministérielle par l'entremise d'initiatives importantes, y compris l'élaboration de cadres de contrôle de la gestion pour l'ensemble des programmes de subventions et de contributions et des marchés.

- Au nom de la Commission de la fonction publique, conception et gestion de l'Initiative en développement de carrière pour Autochtones dont l'objectif est de recruter des employés autochtones et de maintenir cet effectif.

- Assainissement réussi de sept lieux contaminés au carburant dans trois régions (Ontario, Manitoba et Colombie-Britannique) dans le cadre du plan ministériel sur les lieux contaminés afin de se conformer aux exigences de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*.

- Élargissement du rôle des directeurs généraux régionaux. Il s'agit des représentants principaux du Ministère dans les régions; ils sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes ministériels dans leur région.

- Création du Bureau de l'expert scientifique en chef. Le rôle de l'expert scientifique en chef consiste à apporter un leadership, une cohérence et une expertise accrus à l'orientation stratégique générale des responsabilités, des activités et des besoins scientifiques du Ministère.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2001/2001_01f.htm >

D : Réalisations régionales

La transformation continue de Santé Canada fait en sorte que le rôle de nos bureaux régionaux prend de l'ampleur et qu'il devient de plus en plus complexe. Afin de répondre au besoin de créer des partenariats plus solides entre les gouvernements quant aux questions relatives à la santé, nos bureaux régionaux sont de plus en plus actifs auprès de leurs homologues à d'autres ordres de gouvernement en ce qui concerne des questions allant de la surveillance relative à la *Loi canadienne sur la santé* au soutien de projets faisant l'essai d'innovations en matière de santé à l'échelle locale, provinciale ou territoriale. Toutes nos régions sont très engagées dans la prestation de services auprès des Premières nations et des Inuits. La diversité des réalisations dans les régions en 2000-2001 démontre la contribution des opérations régionales dans le but d'atteindre les objectifs de Santé Canada.

Région de l'Atlantique

- grâce à un partenariat entre les Innus Mushuau de Davis Inlet et le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, plus de 30 enfants ayant des antécédents d'inhalation de vapeurs d'essence ont été emmenés hors de la collectivité avec le consentement de leurs parents. À la suite d'une période de désintoxication et de nombreuses évaluations médicales et psychosociales, ils ont suivi différents programmes de traitement de la toxicomanie. Dans le cadre d'une entente globale avec les chefs des Innus Mushuau, nous préparons un programme de traitement axé sur la famille ainsi que des services de suivi dans la collectivité afin d'aider les Innus à entreprendre leur long voyage sur le chemin de la guérison.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2001/2001_32f.htm >

Région du Québec

- élaboration et installation de réseaux intraministériels afin de faciliter le partage des renseignements et l'élaboration de projets intégrés qui tiennent compte des besoins particuliers de la région, principalement dans le domaine de l'élaboration de politiques, du développement durable, des enfants et de la jeunesse, des Premières nations ainsi que des maladies infectieuses et chroniques. Le réseau des maladies infectieuses permettra d'élaborer des projets liés principalement au VIH/sida et à l'hépatite C. Le réseau des maladies chroniques vise à faire la prévention de maladies, comme le diabète, grâce à un réseau d'expertise et à la promotion efficace de modes de vie plus sains.

Région de la Saskatchewan et du Manitoba

- participation à l'élaboration d'un projet pilote visant à examiner la possibilité de coordonner, à l'interne et à l'externe, les activités liées à la santé publique (avec deux ministères de la Santé provinciaux et d'autres intervenants) à l'échelle régionale.

Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest

- participation à l'élaboration d'un plan concernant la mise en œuvre d'un système de don et de greffe d'organes et de tissus au Canada. Plus de 20 millions de dollars seront versés au cours des cinq prochaines années afin de soutenir les dons d'organes et de tissus sans risque au Canada. Un secrétariat spécial de Santé Canada, situé en Alberta, aidera à la mise en œuvre du plan. Le choix de l'Alberta repose sur le fait que la province compte des chercheurs de réputation internationale, des pratiques cliniques ainsi qu'un centre complet de tissus et sur le fait que le taux de dons d'organes et de tissus en Alberta est supérieur à la moyenne nationale de façon constante. < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2001/2001_36f.htm >

Région de la Colombie-Britannique et du Yukon

- lancement d'une série de forums trimestriels visant à examiner les enjeux de santé actuels et émergents et à favoriser la discussion et le dialogue ouverts entre Santé Canada, la province et d'autres intervenants. À ce jour, les forums ont traité de l'utilisation de la génétique dans les soins de santé et du plan d'action pour le mieux-être et des soins de santé holistiques proposés par Santé Canada. Les forums sur les politiques sont actuellement parrainés grâce à un partenariat avec l'Institute for Health Research and Education de la Simon Fraser University.
- soutien d'un centre de dynamique de la vie à l'intention des usagers de drogue dans le cadre de l'entente de Vancouver de 13,9 millions de dollars, une initiative fédérale, provinciale et municipale pour la santé et la sécurité, le logement, l'exécution et le développement économique. Il s'agit de l'un des cinq projets de cette vaste initiative. Les quatre autres projets comprennent un centre de contact 24 heures pour les personnes de la rue, le réaménagement d'un coin de rue où l'on fait ouvertement le commerce de la drogue ainsi que l'expansion de deux établissements sanitaires.

- achèvement de la première étape du projet «Citizen Engagement in Dialogue About Quality Health Care: A Foundation of Improved Accountability». Le projet permettra l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus visant à engager les Britanno-Colombiens et les Yukonnais dans un dialogue afin d'obtenir leur opinion et de les éduquer quant à la qualité du système de santé, et d'évaluer l'efficacité des méthodes de dialogue dans le but d'atteindre ces objectifs.

SECTION IV : RAPPORT D'ENSEMBLE

Modernisation de la fonction de contrôleur

La fonction de contrôleur moderne consiste en des pratiques de gestion saine. Elle vise l'efficacité dans la gestion des ressources et la prise de décisions. Destinée aux gestionnaires, elle leur fournit ce qui suit :

- l'intégration de renseignements financiers et non financiers sur le rendement;
- une approche évoluée de la gestion des risques;
- des systèmes de contrôle appropriés, soutenus par un leadership stratégique, des gens motivés et un ensemble commun de valeurs et principes d'éthique.

En tirant parti d'une solide base en matière de pratiques de gestion saine, la fonction de contrôleur moderne permettra aux décideurs de faire des choix plus appropriés et de mieux les communiquer, en contribuant ainsi à un meilleur service et à une meilleure politique publique.

Depuis que Santé Canada est devenu un ministère pilote de la fonction de contrôleur moderne au début de 2000-2001, les actions suivantes ont été entreprises :

- mise en place d'un secrétariat de la fonction de contrôleur moderne, afin de servir de guichet unique et de point d'accès avec le Conseil du Trésor et d'autres ministères pilotes;
- mise au point d'une capacité dans le domaine des pratiques de gestion moderne grâce à des démarches de collaboration relativement à des initiatives importantes, telles que Gouvernement en direct, la responsabilisation, la mesure du rendement, les valeurs et les principes d'éthique et la fonction de contrôleur moderne;
- création d'un site Web sur la fonction de contrôleur moderne afin de diffuser les renseignements;
  < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/spps/spps_mc_pp_f.htm >

- examen des documents dans le cadre de la fonction de contrôleur moderne et collecte de renseignements lors d'ateliers et d'entrevues, afin d'évaluer les pratiques de gestion moderne qui existent au sein de Ministère.

Développement durable

< http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/sustain_f.htm#top >

L'exercice financier 2000-2001 était la troisième et dernière année visée par la stratégie *Pour une santé durable (1997)*, la première stratégie de développement durable de Santé Canada. Cette stratégie décrivait les mesures prises par le Ministère pour incorporer la notion de développement durable dans ses politiques, ses programmes et ses activités. *Pour une santé durable (1997)* comprend quatre thèmes stratégiques :

- promouvoir et améliorer la santé de la population;
- déterminer et réduire les risques pour la santé qui sont attribuables à l'environnement;
- renforcer les partenariats sur la santé, l'environnement et le développement durable;
- intégrer le concept de développement durable à la prise de décisions et aux activités du Ministère.

Des objectifs et des étapes ont été élaborés pour chaque thème. Les résultats de cette stratégie sont classés ci-dessous par secteur d'activité et par secteur de service. Le Ministère a réussi à atteindre environ 75 p. 100 de ses 83 objectifs en matière de développement durable et a fait un progrès considérable dans le but d'atteindre ses autres objectifs au cours de la période d'avril 2000 à mars 2001.

Conjointement avec la mise en œuvre de la stratégie de 1997, le Ministère a élaboré et publié la *Stratégie de développement durable 2000 : Pour une santé durable*, sa deuxième stratégie de développement durable. La stratégie de 2000 décrit la vision du développement durable du Ministère et inclut la politique du Ministère sur le développement durable. La nouvelle stratégie se concentre sur trois thèmes :

- favoriser la création d'environnements sociaux et physiques sains;
- intégrer le développement durable aux processus ministériels de prise de décision et de gestion;
- réduire au minimum les conséquences des activités et des opérations matérielles du Ministère sur l'environnement et la santé.

Certains des objectifs de la stratégie de 1997 qui n'ont pas été réalisés le seront en 2001-2002. D'autres objectifs pertinents non atteints ont été incorporés dans la stratégie de 2000.

Faits saillants des secteurs d'activité

Les faits saillants suivants illustrent certains des progrès remarquables de la dernière année de *Pour une santé durable (1997)*. D'autres exemples de réalisations de développement durable sont mentionnés à la Section III de ce rapport à l'aide du petit symbole. ▲

Secteur d'activité de la Promotion et protection de la santé

Santé de la population et santé publique

- Le secteur de service a effectué 17 études sur la protection de la santé, en particulier sur des endroits stratégiques sur le plan environnemental dans la région du bassin des Grands Lacs. Les rapports de ces études viseront à mieux informer les Canadiennes et les Canadiens sur les questions liées à l'environnement et à la santé dans cette région et à soutenir la prise de décisions «durables».
  < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/dpc/bioregional/donneesante.htm >
- Le secteur de service a élaboré et produit une Stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'asthme. Cette stratégie fournit un centre d'intérêt aux organismes nationaux et aux provinces pour leur permettre de collaborer dans cette initiative.

Santé environnementale et sécurité des consommateurs

- Le secteur de service a préparé, en collaboration avec Environnement Canada et le Groupe de travail fédéral-provincial sur les objectifs et les lignes directrices de la qualité de l'air, des documents d'évaluation scientifique sur les particules et sur l'ozone de l'atmosphère inférieure. C'est en s'appuyant sur le dernier document qu'on a désigné les particules comme toxiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*.

En 2000, le taux de tabagisme chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus était de 24 p. 100. Ce chiffre représente le taux global le plus bas depuis le début de la surveillance du tabagisme en 1965. L'usage du tabac chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, estimé à 28 p. 100 en 1999, est de 25 p. 100 pour l'an 2000.

Réglementation de la lutte antiparasitaire

- Le secteur de service a terminé l'élaboration des lignes directrices qui définissent les exigences de l'homologation des agents microbiens de lutte antiparasitaire au Canada, c'est-à-dire les Lignes directrices sur l'homologation des agents antiparasitaires microbiens et de leurs produits. Ces exigences sont essentiellement harmonisées avec celles de la Environmental Protection Agency des États-Unis (organisme américain de protection de l'environnement).
  < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/dir-f.html >

Secteur d'activité de la Santé des Premières nations et des Inuits

- À l'hôpital de Sioux Lookout, en Ontario, une réduction considérable de la consommation de combustible a été observée, par exemple, une réduction de 9,4 p. 100 en huile de chauffage de 1999-2000 à 2000-2001.

- Tous les accords de transfert et de contribution entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et les collectivités des Premières nations incitent maintenant les collectivités à prendre en considération le développement durable dans la gestion et l'exploitation des établissements et des programmes.

Secteur d'activité de la Gestion et administration ministérielle

- Le secteur a détourné 65 p. 100 de ses déchets des immeubles de bureaux au pré Tunney (région de la capitale nationale) vers le recyclage, loin des lieux d'enfouissement; il s'agit d'une amélioration de 5 p. 100 comparativement au taux de détournement de 1999. Les laboratoires ministériels de la région de la capitale nationale ont détourné 33 p. 100 de leurs déchets des lieux d'enfouissement.
- Dans les dix laboratoires du Ministère, le secteur a élaboré un inventaire d'appareils contenant des substances qui appauvrissent la couche d'ozone. À partir de cet inventaire, un plan d'abandon graduel sera élaboré afin de réduire l'utilisation de substances appauvrissant la couche d'ozone de l'équipement du Ministère. Certains laboratoires (Scarborough et Longueuil) ont déjà commencé à retirer les chlorofluorocarbures de leur équipement.
- La Division de la gestion du matériel a :
  - mis à jour le guide de la gestion écologique du parc automobile et a élaboré deux feuilles sur le parc automobile vert : un bulletin de renseignements environnementaux sur la conduite automobile et un communiqué sur les questions liées au parc automobile;
  - ajouté deux véhicules à carburants de remplacement au parc automobile ministériel;
  - poursuivi la publication de communiqués sur des questions liées au développement durable qui comprennent des numéros sur le «choix éclairé de papier» et le «recyclage de piles»;
  - introduit de l'information sur l'écologisation des achats : une série de fiches de renseignements sur l'approvisionnement écologique qui offrent des conseils sur l'achat d'ordinateurs, d'imprimantes, de papier, de photocopieuses, de cartouches d'encre, de meubles et de fournitures de bureau.
- La Division a offert de la formation sur le développement durable à plus de 150 chefs de service et membres du personnel de partout au Canada; elle a tenu des discussions sur la durabilité avec les comités exécutifs de la haute direction de toutes les directions, les régions et l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA); elle a publié une politique ministérielle sur le développement durable; elle a tenu 12 séances de consultation partout au Canada et avec d'autres ministères fédéraux afin de donner des comptes rendus sur de nouveaux objectifs liés au développement durable et d'en élaborer; elle a travaillé énormément avec d'autres ministères gouvernementaux pour élaborer huit thèmes clés à l'échelle fédérale pour les mesures liées au développement durable.

- Un rapport annuel détaillé sur le progrès de *Pour une santé durable (1997)* sera affiché sur le site Web du Ministère.
  < http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/ >

Projets de réglementation

Rendement des projets de réglementation

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Règlement sur les aliments et drogues (Allégations relatives à la valeur nutritive). Le règlement a été rédigé et sera publié dans la *Gazette du Canada*, Partie I, au printemps 2001, en même temps que le règlement proposé sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations génériques relatives à la santé.	Les consommateurs bénéficient des modifications apportées car les allégations relatives à la valeur nutritive : • sont uniformes, exactes et ne portent pas à confusion; • sont établies d'après des critères favorisant la santé et la bonne alimentation; • ne sont pas en contradiction avec des questions liées à la santé et à la salubrité, mais prennent en considération des facteurs économiques et commerciaux.	Le nombre de présentations d'allégations relatives à la valeur nutritive diminue ainsi que le nombre de mesures de vérification du respect des règlements.	Les résultats de ce projet ne se concrétiseront peut-être pas immédiatement après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II, parce que le règlement prévoit une période de transition permettant aux entreprises de s'adapter aux nouvelles exigences.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Règlement sur les aliments et drogues (Étiquetage nutritionnel). Le règlement a été rédigé et sera publié dans la *Gazette du Canada*, Partie I, au printemps 2001, en même temps que le sera le règlement proposé sur les allégations relatives à la valeur nutritive et sur les allégations génériques relatives à la santé.	Les renseignements sur la valeur nutritive sont plus détaillés et plus pertinents et sont énoncés sur des étiquettes de format uniformisé, ce qui permet aux consommateurs de faire des choix santé.	Les consommateurs et les enseignants ont davantage recours à l'étiquetage nutritionnel, en raison des améliorations apportées à leur homogénéité et à leur uniformité. Des enquêtes sur les régimes alimentaires permetttent de vérifier si les habitudes alimentaires se sont améliorées. Il existe une plus grande disponibilité d'aliments dont les propriétés nutritives sont conformes aux régimes alimentaires qui diminuent les risques de maladies chroniques. On constate une diminution de l'incidence des maladies chroniques d'origine alimentaire qui revêtent une importance certaine du point de vue de la santé publique. On constate une diminution du coût des soins de santé liés au traitement des maladies chroniques d'origine alimentaire.	Les résultats de ce projet ne se concrétiseront peut-être pas immédiatement après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II, parce que le règlement prévoit une période de transition permettant aux entreprises de s'adapter aux nouvelles exigences.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Cadre de réglementation des allégations relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé. Le règlement régissant l'utilisation d'allégations génériques relatives à la santé a été rédigé et sera publié dans la *Gazette du Canada*, Partie I, au printemps 2001, en même temps que le sera le règlement proposé pour l'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la valeur nutritive. L'élaboration de la politique va bon train et on est à rédiger un document de travail sur les allégations précises relatives à la santé. Les consultations avec les intervenants devraient avoir lieu à l'automne 2001.	Il sera nécessaire d'élaborer de nouvelles dispositions et d'apporter des modifications au règlement existant afin de permettre l'utilisation d'allégations relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé. Ce règlement sera élaboré dans le cadre de deux projets différents : • élaboration d'un cadre de réglementation visant l'établissement d'une liste des allégations positives relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé, y compris les critères d'utilisation de ces allégations; • élaboration d'un cadre de réglementation exigeant qu'une évaluation soit effectuée avant la commercialisation d'un produit, avant de permettre l'utilisation d'allégations précises relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé. Ce cadre inclura des critères d'utilisation et fera état de faits précis corroborant ces allégations.	Des enquêtes sur les régimes alimentaires permettent de vérifier si les habitudes alimentaires se sont améliorées. On constate une diminution du nombre de présentations demandant l'autorisation d'utiliser des allégations précises relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé.	Les résultats de ce projet sur les allégations génériques relatives aux effets des produits alimentaires sur la santé ne se concrétiseront peut-être pas immédiatement après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II, parce que le règlement prévoit une période de transition permettant aux entreprises de s'adapter aux nouvelles exigences. Les résultats de ce projet se concrétiseront après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Règlement sur les aliments et drogues (Ajout de vitamines et de minéraux aux aliments). L'analyse des commentaires reçus, à la suite des consultations menées avec les intervenants, est terminée. Le résumé de ces commentaires a été publié en juillet 2000. On est à peaufiner les recommandations relatives à la politique et à élaborer le règlement de mise en œuvre de la politique.	On a élaboré un cadre de réglementation propre à l'industrie alimentaire afin d'offrir aux consommateurs un meilleur choix de produits alimentaires contenant des vitamines et des minéraux, produits qui peuvent contribuer à améliorer l'état de santé du public en général, tout en lui évitant d'ingérer des quantités excessives ou mal équilibrées de vitamines et de minéraux.	On constate une diminution du nombre de présentations. On constate une diminution du nombre de mesures de vérification du respect des règlements. Des enquêtes sur les régimes alimentaires permettent de vérifier si les Canadiennes et les Canadiens consomment suffisamment de vitamines et de minéraux.	Les résultats de ce projet se concrétiseront après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II.
Règlement sur les aliments et drogues (Révision de la section 16 - Tableaux des additifs alimentaires.) Le règlement a été révisé en fonction des avis légaux reçus et soumis de nouveau à un examen juridique.	Cette nouvelle approche offre à l'industrie de meilleures solutions de rechange dans la façon d'utiliser les additifs alimentaires tout en assurant la sécurité du public.	On constate une diminution des présentations relatives aux additifs alimentaires, une diminution des demandes de modifications aux normes alimentaires et une diminution des mesures de vérification du respect des règlements.	Les résultats commenceront à se concrétiser après la publication de la liste des modifications dans la *Gazette du Canada*, Partie II.
Règlement sur les sanctions administratives pécuniaires. Règlement (*Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et son règlement) publié dans la *Gazette du Canada*, Partie II, en avril 2001.	On constate que les dispositions de la LPA et de son règlement sont mieux observées, et on a recours à des mesures de vérification plus stratégiques et plus proactives.	À être élaborés.	Les avantages commenceront à se concrétiser une fois que les nouvelles procédures seront entrées en vigueur, en 2002-2003.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Règlement sur l'étiquetage dans les deux langues officielles. Règlement rendant obligatoire l'étiquetage dans les deux langues officielles, en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA), publié avant la promulgation de la loi dans la *Gazette du Canada*, Partie I, en juin 2001.	On constate que les utilisateurs sont plus à même de comprendre les étiquettes et de s'y conformer.	On constate une diminution des plaintes des utilisateurs liées au manque de renseignements dans la langue officielle de leur choix.	Les avantages commenceront à se concrétiser après l'entrée en vigueur des nouvelles exigences, au début de 2003.
Modifier les dispositions réglementaires énoncées sous la rubrique «Plasma humain prélevé par plasmaphérèse», aux articles C.04.401 à C.04.428.	Le Règlement sur les aliments et drogues est modifié dans le cadre d'une mise à jour reflétant les pratiques et les progrès technologiques actuels et visant à uniformiser les dispositions réglementaires liées au prélèvement du plasma humain par plasmaphérèse à celles d'autres pays, et ce, dans toute la mesure du possible.	La publication du règlement, dans la *Gazette du Canada*, Partie I, avant la promulgation de la loi, est prévue d'ici mars 2002. En raison du manque de ressources et de l'attention accordée à d'autres priorités, le projet à été retardé à l'été 2002.	Le règlement est conforme aux pratiques, aux essais et aux normes techniques de la réalité d'aujourd'hui afin d'assurer la sécurité du plasma humain et des donneurs.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Élaborer un cadre réglementaire régissant l'utilisation des cellules, des tissus et des organes.	Le nouveau règlement, en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, précise les exigences liées à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des cellules, des tissus et des organes utilisés à des fins de transplantation. Les pratiques de transplantation des cellules, des tissus et des organes sont uniformisées; les dispositions du règlement sont claires, novatrices et flexibles; des mesures sont en place permettant de faire face aux situations imprévues en temps opportun; les intervenants participent davantage. Santé Canada prévoit mettre fin au processus d'élaboration du règlement d'ici la fin de 2003, après sa publication dans la *Gazette du Canada*, Partie II.	Les normes sécuritaires en cours d'élaboration constituent la base du règlement proposé. On élabore d'autres composantes du cadre réglementaire, dont celles liées à la surveillance, à la déclaration des événements indésirables et à la stratégie liée au respect et à l'application du règlement.	On dispose d'un règlement qui assure l'innocuité et la qualité des cellules, des tissus et des organes, tout en assurant la disponibilité des cellules, des tissus et des organes à des fins de transplantation. Le public est satisfait du fait qu'il dispose de produits thérapeutiques sûrs, efficaces et de haute qualité.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Cadre réglementaire régissant l'innocuité du sang et des produits du sang à des fins de transfusion.	Le cadre réglementaire amélioré est doté d'un règlement, en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, qui précise les exigences liées à l'innocuité, à la qualité et la l'efficacité du sang et des produits du sang à des fins de transfusion. Santé Canada prévoit mettre fin au processus d'élaboration du règlement d'ici la fin de 2003, après sa publication dans la *Gazette du Canada*, Partie II.	Des normes sécuritaires sont présentement en voie d'élaboration. Elles constitueront la base du règlement proposé. On est à élaborer d'autres composantes du cadre réglementaire, dont celles liées à la surveillance, à la déclaration des événements indésirables et à la stratégie liée au respect et à l'application du règlement.	Un règlement qui assure l'innocuité et la qualité du sang et des produits du sang, tout en assurant leur disponibilité. Le public est satisfait du fait qu'il dispose de produits thérapeutiques sûrs, efficaces et de haute qualité.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats contrôlés
Élaborer des recommandations de principe relatives à la xénotransplantation; décider si la xénotransplantation doit être autorisée.	Les recommandations de principe relatives à la xénotransplantation sont élaborées en faisant appel à la collaboration des gouvernements, des intervenants et du grand public.	Le gouvernement du Canada n'a pas encore décidé si les essais cliniques de xénotransplantation devraient être autorisés. En réponse à des recommandations à l'effet que cette question doit faire l'objet de débats publics, Santé Canada a financé l'Association canadienne de santé publique afin qu'elle crée un groupe de consultation publique chargé d'obtenir les commentaires du grand public sur la xénotransplantation. Le rapport final du groupe de consultation publique devrait être présenté à Santé Canada d'ici la fin de 2001.	Le gouvernement prend une décision concernant les essais cliniques de xénotransplantation. Dans l'affirmative, un plan détaillé est établi en vue de l'élaboration d'un cadre réglementaire.
Projet de loi sur l'assistance à la reproduction, auquel font référence «Les rapports sur les plans et les priorités 2000-2001» sous le nom de *Loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique*.	La protection et la sauvegarde de la santé et de la sécurité des Canadiennes et des Canadiens est assurée lors de l'utilisation de matériaux humains dans les interventions d'assistance à la procréation.	Les critères d'évaluation du rendement sont établis, une fois que sont connus les modalités et le contenu définitifs du règlement.	La version préliminaire du règlement est soumise au Comité permanent sur la santé, de la Chambre des communes, le 3 mai 2001. Les résultats de cette initiative ne se concrétiseront pas avant que ce règlement ne soit élaboré, complété et publié.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Règlement sur les aliments et drogues (Modifications aux allégations élargies relatives aux effets des vitamines et des minéraux sur la santé).	Une fois la rédaction du nouveau règlement complétée, le ministère pourra évaluer les produits de santé naturels en fonction de critères pertinents à ce type de produits. Les consommateurs canadiens auront alors accès à une gamme complète de produits de santé naturels en ayant l'assurance de leur innocuité et de leur qualité.	Les critères d'évaluation du rendement sont établis une fois que sont connus les modalités et le contenu définitifs du règlement.	Les résultats de ce projet se concrétiseront après la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II.
Le Règlement sur l'information relative produits du tabac a été promulgué le 26 juin 2000. Le but du nouvel règlement est de faire mieux comprendre aux Canadiennes et aux Canadiens les risques associés à la consommation des produits du tabac, en exigeant que des mises en gardes graphiques relatives à la santé et les renseignements importants concernant la santé soient imprimés sur les emballages de produits du tabac.	Tous les produits du tabac applicables porteront des étiquettes de mise en garde relatives à la santé d'ici le 26 juin 2001. Les Canadiennes et les Canadiens (particulièrement les jeunes) sont informés des effets de la consommation de tabac sur la santé. Le règlement sera surveillé et, au besoin, modifié afin de garantir la clarté des attentes et de maximiser leur respect par l'industrie.	Le respect du règlement par l'industrie sera surveillé. La sensibilisation des Canadiennes et les Canadiens face aux effets de la consommation de tabac sur la santé et leur connaissance de la question sont évalués par l'intermédiaire d'enquêtes. Questions et difficultés liées à la conformité de l'industrie. La nécessité d'apporter des modifications et le caractère opportun de la mise en œuvre de toute modification pertinente.	Treize marques de cigarettes, représentant 50 p. 100 du marché, auront introduit la mise en garde d'ici la fin du mois de décembre 2000. Les données de base portant sur la sensibilisation des Canadiennes et des Canadiens ont été recueillies.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Le Règlement sur les rapports relatifs au tabac a été promulgué le 26 juin 2000. Le but du nouvel règlement est d'exiger des fabricants qu'ils fassent des rapports sur plus de 50 produits chimiques présents dans le tabac et la fumée, de même que sur les procédés de fabrication, les activités de recherche et les activités de promotion.	Santé Canada sera mieux informé en ce qui concerne la fabrication, les ingrédients, les émissions, les composantes, les activités de recherche et les activités de promotion liés aux produits du tabac. Le règlement sera surveillé et, au besoin, modifié afin de garantir la clarté des attentes et de maximiser leur respect par l'industrie.	Le respect du règlement par l'industrie sera surveillé. La nécessité d'apporter des modifications et le caractère opportun de la mise en œuvre de toute modification pertinente.	La liste des renseignements devant faire l'objet de rapports a été allongée; elle s'applique à plus de catégories de produits du tabac.
Les modifications apportées au cadre réglementaire sur les essais cliniques ont été publiées préalablement dans la *Gazette du Canada*, partie I, le samedi 22 janvier 2000.	Les modifications apportées aux règlements sur les essais cliniques incluent la réduction de la période par défaut de 60 à 30 jours pour tous les essais et la mise en place d'un programme d'inspection. Ainsi, les délais d'approbation des essais cliniques seront plus courts sans compromettre la sécurité des participants aux essais et la réduction de la période permettra d'instaurer un contexte qui favorise la recherche et le développement au Canada.	La Direction entreprendra un examen de la politique une année après sa mise en œuvre en vue de la rédaction d'un rapport pour indiquer notamment si le Ministère a atteint ses objectifs d'examen administratif et l'effet qu'ont eu les règlements modifiés sur Santé Canada, sur l'industrie et sur les Canadiens et les Canadiennes. Cet examen sera suivi d'une évaluation plus globale des règlements modifiés dans trois à cinq ans.	Au cours de l'exercice 2000-2001, Santé Canada a reçu et examiné des commentaires sur les modifications proposées publiées préalablement et les a intégrés dans le règlement modifié. Le règlement final a été publié dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 20 juin 2001 et est entré en vigueur le 1er septembre 2001.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Modifications apportées aux exigences relatives à l'agrément des établissements et aux bonnes pratiques de fabrication	Cette modification corrige les incohérences qui existaient entre les obligations des importateurs et des distributeurs en vertu de la Division 2 (BPF) et leurs obligations dans la phase opérationnelle des accords de reconnaissance mutuelle (ARM) approuvée par le Canada.	La modification avait pour objectif de couper les coûts liés aux mécanismes utilisés pour assurer la conformité aux BPF. La mise en œuvre sera réussie selon le nombre d'organismes de réglementation reconnus dans le cadre de l'Accord de reconnaissance mutuelle.	Cette modification a été publiée dans la *Gazette du Canada*, partie II le 23 mars. Le règlement répondait aux préoccupations des partenaires internationaux relativement à la mise en œuvre de la reconnaissance mutuelle des normes de bonnes pratiques de fabrication pour la production de médicaments. Le Canada a maintenant terminé l'accord avec les autorités de réglementation suisses.
Modifications apportées au Règlement sur le prix des instruments médicaux.	Il s'agit d'une mesure intérimaire face aux craintes relativement aux graves répercussions économiques sur l'industrie des instruments médicaux à la suite de l'instauration de droits d'agrément des établissements qui sont entrés en vigueur le 1er janvier 2000.	L'objectif de l'initiative consistait à réduire les répercussions économiques sur l'industrie des instruments médicaux. Le Ministère effectue actuellement une étude sur l'effet du droit de recouvrement des coûts sur les instruments médicaux dans le cadre de la deuxième partie de la phase IV de l'examen. Il s'agit d'évaluer l'efficacité du modèle d'établissement des coûts et l'incidence de ces coûts.	Cette modification a été publiée dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 28 juillet 2000. Cette modification réglementaire prévoyait une réduction des droits d'agrément des établissements de fabrication d'instruments médicaux. L'évaluation de l'incidence des droits de recouvrement des coûts pour les instruments médicaux est en cours.

Rendement des projets de réglementation (suite)

But du projet de réglementation	Résultats escomptés	Critères d'évaluation du rendement	Résultats concrets
Modification de la réglementation sur les substances interdites.	Une modification pour retirer des interdictions réglementaires précises relativement à l'inclusion dans un médicament de certaines substances. Cette modification permettra aux fabricants de demander l'autorisation de mettre en marché ces médicaments avec suffisamment de données sur la sécurité et sur l'efficacité.	On continuera, dans le cadre du programme, de surveiller les réactions indésirables au médicament pour relever les risques inacceptables, tout en habilitant le Ministère à approuver les nouvelles thérapies contenant ces ingrédients.	La proposition réglementaire est élaborée rapidement. Le résultat de ce changement ne sera pas perçu tant que ces règlements ne seront pas terminés, publiés, mis en œuvre et évalués.
Modification du règlement sur le prix à payer pour les produits à faibles ventes.	Une modification de la structure tarifaire dans le Règlement sur le prix à payer pour vendre une drogue. Cette modification est apportée pour contrer les effets financiers indésirables de ces droits d'enregistrement des produits annuels imposés à l'industrie homéopathique pour les faibles volumes de ventes.	Cette proposition donnera lieu à des droits réduits pour les entreprises dont le volume des ventes est faible.	La proposition réglementaire est en voie d'élaboration.
Homologation des produits.	Cadre réglementaire de la revue prévente contemporaine et d'évaluation postérieure à l'approbation des médicaments fondé sur les normes internationales.	La détermination des critères de mesure du rendement sera terminée une fois que les problèmes auront été analysés et qu'une orientation de politique aura été établie.	Le résultat de cette initiative ne sera pas mesurable tant que les mesures recommandées n'auront pas été définies.

Rendement des projets de réglementation (suite)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Recouvrement des coûts, phase IV. Cet examen porte sur les exigences de la Politique sur le recouvrement des coûts et la tarification de 1997 du Conseil du Trésor.	La phase finale du plan de mise en œuvre du recouvrement des coûts du Programme des produits thérapeutiques (PPT) est l'examen de la phase IV de son initiative de recouvrement des coûts. Elle vise à évaluer l'incidence du prix à payer sur tous les intervenants du PPT pour déterminer si les exigences de la politique relativement aux frais d'utilisation sont respectées et pour vérifier si le prix à payer doit être augmenté ou diminué lorsque la structure des coûts a changé, lorsque l'ensemble des avantages publics et privés a changé et lorsque les niveaux de service ont été modifiés.	Cette initiative avait pour objectif de répondre aux préoccupations des intervenants relativement aux droits imposés par le Ministère. L'évaluation de l'incidence des droits de recouvrement des coûts imposés sur les intervenants du secteur pharmaceutique s'est terminée en juin 2000. Le Ministère effectue actuellement une autre étude sur l'incidence des droits de recouvrement des coûts imposés pour les instruments médicaux dans la deuxième partie de l'examen de la phase IV.	Les intervenants ont été informés du résultat de l'évaluation de la phase IV. L'évaluation des droits de recouvrement des coûts pour les instruments médicaux est en cours. Les recommandations relativement aux droits pour les médicaments sont examinées.

Entente-cadre sur l'union sociale

L'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS), signée en février 1999 par tous les gouvernements, sauf le Québec, offre des principes et un cadre pour les gouvernements qui travaillent ensemble afin de soutenir et d'améliorer les politiques et les programmes sociaux au Canada.

Un élément clé de l'ECUS est l'engagement des gouvernements à unir leurs efforts au nom des Canadiennes et des Canadiens dans la planification concertée et la collaboration. Le secteur de la santé, soutenu par une structure intergouvernementale bien organisée, effectue la collaboration et la planification concertée à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale depuis de nombreuses années. Santé Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec d'autres ministères fédéraux afin de respecter l'esprit et la lettre de l'ECUS. L'Entente des premiers ministres sur la santé qui a été conclue en septembre 2000 et sa contribution à l'Initiative de Développement de la petite enfance, sont des exemples tangibles du progrès du secteur de la santé dans l'atteinte de ses objectifs.

En plus de collaborer avec les provinces et les territoires afin de mettre en œuvre l'ECUS, Santé Canada a contribué à la rédaction d'un rapport fédéral sur la mobilité, en s'assurant qu'il y avait des préavis et des consultations réciproques, au besoin, et a participé au projet pilote fédéral de responsabilisation relatif à l'ECUS.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le Modèle de responsabilisation de l'ECUS à
< http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa_f.asp >.

Responsabilisation

En tant qu'organisme responsable devant tous les Canadiens et les Canadiens, Santé Canada travaille continuellement à engager et à informer la population du Canada quant aux répercussions de ses politiques et de ses programmes sur sa santé. Santé Canada prend également des décisions axées sur l'amélioration de la santé au moyen de données probantes. En conséquence, un certain nombre d'initiatives sont en cours au Ministère afin de réaliser ce qui suit :

- améliorer la transparence;
- assimiler les principes d'une gestion fondée sur les résultats;
- favoriser un changement de culture continu afin de permettre une prise de décision orientée vers les résultats et une gestion du rendement.

Ces initiatives sont conformes aux orientations prises par le Conseil du Trésor dans son rapport *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes - Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*, adresse Internet < http://tbs-sct.gc.ca/res_can/rc_f.html >, ainsi qu'aux grandes lignes de la fonction de contrôleur moderne et de l'Entente-cadre sur l'union sociale.

Six initiatives principales, destinées à améliorer de façon générale les pratiques de responsabilisation, ont été énoncées dans le *Rapport sur les plans et priorités 2000-2001* du Ministère, de la manière suivante :

Initiative n° 1 : Définir et utiliser les cadres de rendement au niveau du Ministère et des programmes.

- Définition et promotion de l'utilisation des cadres de rendement dans tout le Ministère grâce au projet de développement de la mesure du rendement. Parmi les exemples, on compte les cadres de rendement pour le programme sur le VIH/sida, le Programme canadien de nutrition prénatale, le Système canadien de surveillance périnatale et le Système national de surveillance du diabète. Cette tâche se poursuivra en 2001-2002.
- Renforcement de l'évaluation, de la vérification et de la responsabilisation pour les programmes et les services des Premières Nations et des Inuits, en normalisant les accords de contribution et de transfert et en changeant les procédures de gouvernance interne.

Initiative n° 2 : Relier le rendement individuel à la gestion axée sur les résultats, par la mise en œuvre du Programme de gestion du rendement du Secrétariat du Conseil du Trésor.

- Élaboration du cadre de responsabilisation provisoire des sous-ministres adjoints et des directeurs généraux régionaux en incorporant les thèmes de contrôleur moderne.

Initiative n° 3 : Renforcer la fonction d'évaluation ministérielle afin de fournir une rétroaction opportune aux gestionnaires des programmes, en vue d'une amélioration constante des programmes.

- Renforcement de la fonction centrale d'évaluation des programmes du Ministère grâce au recrutement de personnel additionnel et à la prestation d'une formation sur la mesure du rendement pour les gestionnaires du Ministère. La fonction d'évaluation des programmes reste à se faire de façon plus quantitative et rigoureuse au niveau de ses activités, et ce, afin de permettre la distinction entre les effets des programmes ministériels et ceux des autres déterminants de résultats ciblés en matière de santé.

Initiative n° 4 : Mettre au point des outils et des processus pour améliorer la capacité des programmes et des secteurs fonctionnels de mesurer et d'évaluer le rendement, d'en rendre compte et de l'améliorer.

- Le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires s'entendent, par l'intermédiaire de l'Entente des premiers ministres de septembre 2000, pour collaborer à l'élaboration d'un cadre de responsabilisation complet en se servant d'indicateurs comparables mutuellement acceptés sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité du service. D'après cet accord, chaque gouvernement devrait commencer à rendre compte de ses activités d'ici septembre 2002.
- Élaboration et prestation de cours de mesure du rendement destinés aux gestionnaires du Ministère afin de supporter la culture et la capacité de la mesure du rendement. Ces cours, qui ont remporté une forte participation ainsi qu'un chaleureux accueil, ont été personnalisés sur demande, afin de répondre aux besoins de secteurs de programme particuliers.

Initiative n° 5 : Entreprendre une évaluation des principaux secteurs d'activité, en s'appuyant sur les résultats.

- Les efforts ont été axés sur la définition et l'utilisation des cadres de rendement et la planification des prochaines étapes de la mise en œuvre de ces cadres, de sorte que l'évaluation des principaux secteurs d'activité, en s'appuyant sur les résultats, puisse être entreprise.

Initiative n° 6 : Améliorer la base informationnelle et la capacité d'analyse et d'évaluation pour appuyer les pratiques de responsabilisation.

- Progrès réalisés dans le développement d'outils et de procédés afin de mesurer le rendement du programme et d'appuyer les pratiques de responsabilisation. Par conséquent, en 2000-2001, les efforts ont été axés sur l'élaboration de cadres de rendement et la planification des prochaines étapes pour la mise en œuvre de ces cadres.

Gestion des biens

Les parlementaires ont manifesté un vif intérêt à l'égard des progrès accomplis par les ministères en matière de gestion des biens. L'introduction de la Stratégie d'information financière a contribué à accroître les demandes pour une compréhension des coûts liés à l'achat, à l'utilisation, au stockage et à l'élimination de ces articles.

Le tableau qui suit est un rapport du niveau de préparation du ministère pour aborder la question de l'imputation des coûts engagés et de l'établissement des coûts du cycle de vie. L'accent est mis sur l'état actuel d'avancement ou sur les progrès réalisés pour la mise en place d'un système de renseignements sur les biens.

1. Y a-t-il eu une évaluation et/ou un inventaire des ressources?	Un inventaire complet de toutes les immobilisations a été réalisé à l'automne 2000.
2. Quel est le fondement de l'évaluation des résultats et du niveau de confiance du ministère dans ces résultats?	Tous les biens d'une valeur supérieure à 1 000 $ ou attrayants de moins de 1 000 $ ont été répertoriés. Cet inventaire a été vérifié dans chaque secteur de programme et nous avons confiance en l'exactitude et l'intégralité de ces renseignements.
3. A-t-on identifié les coûts de cycle de vie des biens essentiels?	Oui, en tant qu'élément du plan d'investissement à long terme.
4. A-t-on élaboré un plan pour les biens essentiels ayant un cycle de vie?	Un plan d'investissement à long terme est en cours d'élaboration et en est à sa première version.
5. Quels ont été les progrès réalisés dans l'identification de ces biens et quel est leur coût opérationnel?	Tous ces biens ont été identifiés et répertoriés. Leur coût opérationnel est pris en compte dans le plan d'investissement à long terme.
6. A-t-on identifié des préoccupations sérieuses ou des zones à problème?	Rien, si ce n'est le fait de déterminer les paramètres habituels relatifs aux définitions, aux processus, etc., de même que les responsabilités qui en découlent.
7. Les évaluations de gestion des risques ont-elles portées sur les biens essentiels? Dans l'affirmative, a-t-on déterminé les répercussions financières sur les capacités opérationnelles?	Non, bien que le cycle de vie ait été établi pour chaque catégorie de bien à des fins de comptabilité d'exercice et pour aider les gestionnaires à définir des plans d'achat en s'appuyant sur l'espérance de vie de chaque bien.

Initiative d'amélioration des services

La publication du Conseil du Trésor intitulée *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes* engage le gouvernement du Canada à «l'accent sur les citoyens» et à la «prestation de services axés sur le citoyen». En mai 2000, le Conseil du Trésor a approuvé l'Initiative d'amélioration des services qui contribue à cet engagement en recensant les attentes des citoyens et les priorités visant à améliorer les services, et par la mise en œuvre d'un programme afin d'améliorer progressivement la satisfaction des clients en offrant des services clés au public.

Au cours de 2000-2001, le Ministère a accepté de participer à l'Initiative d'amélioration des services. D'après l'enquête nationale *Les citoyens d'abord 2000*, les services d'information au public du Ministère sont une priorité. Ainsi, le principal centre d'intérêt de l'Initiative du Ministère porte sur la prestation de services d'information au public. Santé Canada a établi une structure d'autorité visant à diriger et mettre en œuvre l'initiative. Les administrations centrales et les régions ont commencé à définir les services d'information clés afin de les inclure dans l'Initiative. Cette tâche devrait s'achever au début de 2001-2002 et ensuite, le Ministère établira des références sur la satisfaction des clients.

Gouvernement en direct

L'initiative Gouvernement en direct (GED) de Santé Canada vise à atteindre l'objectif du gouvernement fédéral d'être reconnu comme le gouvernement le mieux branché à ses citoyens. Une stratégie globale de GED pour le Canada est actuellement mise en place afin de répondre aux attentes des citoyens. La mise en œuvre de GED n'exclut pas la prestation de services selon des méthodes traditionnels (en personne, par la poste, par téléphone). Elle représente pour les Canadiennes et les Canadiens un accès amélioré à la gamme complète de services et d'établissements gouvernementaux, l'accès à l'information et aux services n'importe quand, à partir de l'endroit qui leur convient et dans la langue de leur choix. Par cette mise en œuvre, Santé Canada établira des normes de service pour des situations comme les délais d'exécution. Les renseignements et les services fournis en direct correspondront à ceux des autres méthodes de prestation de services.

Le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) a élaboré une approche de conversion par volets afin d'atteindre les objectifs de GED. Le Premier Volet était la réalisation de Gouvernement en direct à l'échelle fédérale dès le 31 décembre 2000. Le Deuxième Volet vise à s'assurer que les programmes et les services sont livrés de façon sécuritaire dans Internet et encourage une approche d'accès à l'information et de prestation de services axée sur les clients. Le Troisième Volet vise à encourager les partenariats intergouvernementaux à des fins de prestation de services électroniques (par exemple, avec d'autres gouvernements, des organismes bénévoles et des partenaires internationaux) et les projets pilotes innovateurs d'améliorer les services à la clientèle, et elle permet d'explorer des technologies de pointe.

Réalisations

- Santé Canada a mis sur pied la Direction du GED afin de diriger l'élaboration, la mise en œuvre et la gestion d'un programme de GED au sein du Ministère.
- Santé Canada a lancé une évaluation des capacités électroniques du gouvernement comme première étape visant à évaluer la capacité du ministère de mette en œuvre Gouvernement en direct. L'évaluation des capacités est un outil d'auto-évaluation approuvé par le SCT qui évalue les mesures de gestion actuelles par rapport aux pratiques exemplaires et aux principes reconnus qui se conforment au cadre de Gouvernement en direct.
- Santé Canada a entrepris une étude à l'échelle du Ministère visant à examiner l'ensemble de la gestion du Web à l'interne afin de définir les améliorations à apporter du point de vue de l'efficacité. Le rapport d'étude a permis de présenter des recommandations et une stratégie pour le Ministère afin de bâtir un environnement Web de façon à répondre aux défis à venir et à profiter des possibilités de servir les Canadiennes et les Canadiens.
- Santé Canada a soumis au SCT des plans de mise en œuvre de haut niveau et des prévisions de coûts généraux pour certains programmes et services clés du Deuxième Volet, ainsi qu'un rapport d'étape sur la mise en œuvre du Premier Volet.

SECTION V : RENDEMENT FINANCIER

Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 2000-2001 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible pour que les Canadiens et les Canadiennes en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 2000-2001, la non-utilisation de fonds a été négligeable à Santé Canada. L'excédent était de 14,2 millions de dollars ou 1 p. 100, pour les ressources de fonctionnement. Cet excédent est principalement attribuable aux retards connus au cours de l'exercice relativement à certaines activités qui seront terminées en 2001-2002, à une affectation bloquée et à d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement.

Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 :
Sommaire des crédits approuvés
Autorisations pour 2000-2001

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada, par crédit approuvé. À l'heure actuelle, Santé Canada a deux crédits : le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions. Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 14,2 millions de dollars par rapport aux autorisations, en raison surtout de retards de certaines activités qui seront terminées en 2001-2002, d'une affectation bloquée, et d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 5 sont inférieures de 57,5 millions de dollars par rapport aux dépenses prévues, en raison principalement d'un report de ressources aux exercices suivants pour les services en matière de soins de santé concernant l'hépatite C.

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit		Dépenses prévues[1] 2000-2001	Autorisations totales[2] 2000-2001	Dépenses réelles[2] 2000-2001
	Santé Canada			
1	Dépenses de fonctionnement	1 329,7	1 327,2	1 313,0
5	Subventions et contributions	989,2	931,7	931,7
(S)	Ministre de la Santé - traitements et allocations d'automobile	-	0,1	0,1
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	66,6	74,8	74,8
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,9	0,7
(S)	Remboursement des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	0,2	0,2
(S)	Frais des agences de recouvrement	-	0,1	0,1
(S)	Paiement des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-	(0,1)	(0,1)
	Total pour le Ministère	**2 385,5**	**2 334,9**	**2 320,5**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Nota : (1) selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2000-2001

(2) selon les Comptes publics de 2000-2001

Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activité. Des explications des écarts par secteur d'activité se trouve à la Section III, Rendement du Ministère. Le tableau 5, Recettes, contient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Equivalent temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé	294	54,5	-	74,8	129,3	-	129,3
(Autorisations totales)	*295*	*57,7*	-	*54,9*	*112,6*	-	*112,6*
(Réelles)	**302**	**57,7**	-	**54,9**	**112,6**	-	**112,6**
Promotion et protection de la santé	3 744	464,1	-	268,3	732,4	(39,7)	692,7
(Autorisations totales)	*3 938*	*472,0*	-	*225,9*	*697,9*	*(56,9)*	*641,0*
(Réelles)	**3 830**	**456,9**	-	**225,9**	**682,8**	**(48,4)**	**634,4**
Santé des Premières nations et des Inuits	1 385	718,6	-	580,3	1 298,9	(9,1)	1 289,8
(Autorisations totales)	*1 385*	*686,5*	-	*589,1*	*1 275,6*	*(9,1)*	*1 266,5*
(Réelles)	**1 363**	**684,6**	-	**589,1**	**1 273,7**	**(7,2)**	**1 266,5**
Gestion de l'information et du savoir	611	97,0	-	46,3	143,3	-	143,3
(Autorisations totales)	*635*	*111,0*	-	*20,8*	*131,8*	-	*131,8*
(Réelles)	**612**	**105,9**	-	**20,8**	**126,7**	-	**126,7**
Gestion et administration ministérielle	698	107,7	3,9	19,5	131,1	(0,7)	130,4
(Autorisations totales)	*698*	*127,2*	*15,4*	*41,0*	*183,7*	*(0,7)*	*183,0*
(Réelles)	**987**	**124,2**	**15,4**	**41,0**	**180,6**	**(0,3)**	**180,3**
Total	6 732	1 441,9	3,9	989,2	2 435,0	(49,5)	2 385,5
(Autorisations totales)	*6 951*	*1 454,4*	*15,4*	*931,7*	*2 401,6*	*(66,7)*	*2 334,9*
(Réelles)	**7 094**	**1 429,3**	**15,4**	**931,7**	**2 376,4**	**(55,9)**	**2 320,5**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							(7,8)
(Autorisations totales)							*(7,8)*
(Réelles)							**(22,7)**
Coût des services fournis par d'autres ministères							40,0
(Autorisations totales)							*40,0*
(Réelles)							**52,8**
Coût net du Programme							2 417,7
(Autorisations totales)							*2 367,1*
(Réelles)							**2 350,6**

Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 :
Sommaire des crédits approuvés
Autorisations pour 2000-2001

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada, par crédit approuvé. À l'heure actuelle, Santé Canada a deux crédits : le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions. Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 14,2 millions de dollars par rapport aux autorisations, en raison surtout de retards de certaines activités qui seront terminées en 2001-2002, d'une affectation bloquée, et d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 5 sont inférieures de 57,5 millions de dollars par rapport aux dépenses prévues, en raison principalement d'un report de ressources aux exercices suivants pour les services en matière de soins de santé concernant l'hépatite C.

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit		Dépenses prévues[1] 2000-2001	Autorisations totales[2] 2000-2001	Dépenses réelles[2] 2000-2001
	Santé Canada			
1	Dépenses de fonctionnement	1 329,7	1 327,2	**1 313,0**
5	Subventions et contributions	989,2	931,7	**931,7**
(S)	Ministre de la Santé - traitements et allocations d'automobile	-	0,1	**0,1**
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	66,6	74,8	**74,8**
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,9	**0,7**
(S)	Remboursement des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	0,2	**0,2**
(S)	Frais des agences de recouvrement	-	0,1	**0,1**
(S)	Paiement des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-	(0,1)	**(0,1)**
	Total pour le Ministère	**2 385,5**	**2 334,9**	**2 320,5**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Nota : (1) selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2000-2001

(2) selon les Comptes publics de 2000-2001

Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activité. Des explications des écarts par secteur d'activité se trouve à la Section III, Rendement du Ministère. Le tableau 5, Recettes, contient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Equivalent temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé	294	54,5	-	74,8	129,3	-	129,3
(Autorisations totales)	*295*	*57,7*	-	*54,9*	*112,6*	-	*112,6*
(Réelles)	**302**	**57,7**	-	**54,9**	**112,6**	-	**112,6**
Promotion et protection de la santé	3 744	464,1	-	268,3	732,4	(39,7)	692,7
(Autorisations totales)	*3 938*	*472,0*	-	*225,9*	*697,9*	*(56,9)*	*641,0*
(Réelles)	**3 830**	**456,9**	-	**225,9**	**682,8**	**(48,4)**	**634,4**
Santé des Premières nations et des Inuits	1 385	718,6	-	580,3	1 298,9	(9,1)	1 289,8
(Autorisations totales)	*1 385*	*686,5*	-	*589,1*	*1 275,6*	*(9,1)*	*1 266,5*
(Réelles)	**1 363**	**684,6**	-	**589,1**	**1 273,7**	**(7,2)**	**1 266,5**
Gestion de l'information et du savoir	611	97,0	-	46,3	143,3	-	143,3
(Autorisations totales)	*635*	*111,0*	-	*20,8*	*131,8*	-	*131,8*
(Réelles)	**612**	**105,9**	-	**20,8**	**126,7**	-	**126,7**
Gestion et administration ministérielle	698	107,7	3,9	19,5	131,1	(0,7)	130,4
(Autorisations totales)	*698*	*127,2*	*15,4*	*41,0*	*183,7*	*(0,7)*	*183,0*
(Réelles)	**987**	**124,2**	**15,4**	**41,0**	**180,6**	**(0,3)**	**180,3**
Total	6 732	1 441,9	3,9	989,2	2 435,0	(49,5)	2 385,5
(Autorisations totales)	*6 951*	*1 454,4*	*15,4*	*931,7*	*2 401,6*	*(66,7)*	*2 334,9*
(Réelles)	**7 094**	**1 429,3**	**15,4**	**931,7**	**2 376,4**	**(55,9)**	**2 320,5**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							(7,8)
(Autorisations totales)							*(7,8)*
(Réelles)							**(22,7)**
Coût des services fournis par d'autres ministères							40,0
(Autorisations totales)							*40,0*
(Reelles)							**52,8**
Coût net du Programme							2 417,7
(Autorisations totales)							*2 367,1*
(Réelles)							**2 350,6**

Tableau financier 3 :
Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans le Budget 1999 et le Budget 2000, le report de fonds ou la péremption d'initiatives. Certaines annonces de financement s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas de la Politique en matière de soins de santé en 1998-1999 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé et Fonds RESPI).

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Politique en matière de soins de santé	264,6	128,4	129,3	112,6	112,6
Promotion et protection de la santé	517,8	1 401,4[1]	692,7	641,0	634,4
Santé des Premières nations et des Inuits	1 041,3	1 128,1	1 289,8	1 266,5	1 266,5
Gestion de l'information et du savoir	s.o.[2]	88,7	143,3	131,8	126,7
Gestion et administration ministérielle	171,1	148,7	130,4	183,0	180,3
Total	**1 994,8**	**2 895,3**	**2 385,5**	**2 334,9**	**2 320,5**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

(1) Les dépenses réelles de 1999-2000 pour le secteur Promotion et protection de la santé comprennent un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars sur l'ordre des tribunaux.

(2) Avant 1999-2000, les fonctions du secteur d'activité Gestion de l'information et du savoir étaient décentralisées. Le transfert a eu officiellement lieu le 1er avril 1999.

Tableau financier 4 : Concordance entre l'ancienne structure et la nouvelle structure

En 2000-2001, Santé Canada a amorcé un remaniement de son organisation. Les six secteurs d'activité ont été remplacés par trois secteurs d'activité principaux : Politique en matière de soins de santé, Promotion et protection de la santé et Santé des Premières nations et des Inuits; appuyés par deux autres secteurs d'activité : Gestion de l'information et du savoir et Gestion et administration ministérielle. Les activités régionales représentent un aspect important de la structure organisationnelle de Santé Canada pour l'ensemble de ces secteurs d'activité. Le Ministère compte dans le pays six bureaux régionaux principaux, où se concentrent 40 p. 100 de son effectif.

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2000-2001 (en millions de dollars)

	Nouvelle structure (nouveaux secteurs d'activité)					Ancienne structure		
Ancienne structure (anciens secteurs d'activité)	**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielle**	**Total ($)**	**% du total**	**Equivalent temps plein**
Gestion des risques pour la santé	0,0	296,7	0,0	0,0	0,0	296,7	12,4 %	2 836
(Réelles)	**0,0**	**309,4**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**309,4**	**13,3 %**	**2 987**
Promotion de la santé de la population	0,0	358,5	0,0	0,0	0,0	358,5	15,0 %	731
(Réelles)	**0,0**	**289,9**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**289,9**	**12,5 %**	**700**
Santé des Autochtones	0,0	25,5	1 289,8	0,0	0,0	1 315,3	55,1 %	1 403
(Réelles)	**0,0**	**22,6**	**1 266,5**	**0,0**	**0,0**	**1 289,1**	**55,6 %**	**1 507**
Soutien et renouvellement du système de santé	73,8	2,6	0,0	0,0	0,0	76,4	3,2 %	114
(Réelles)	**44,3**	**2,6**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**46,9**	**2,0 %**	**62**
Politiques, planification et information en matière de santé	55,5	9,4	0,0	107,1	10,6	182,6	7,7 %	644
(Réelles)	**68,3**	**9,9**	**0,0**	**90,5**	**13,0**	**181,7**	**7,8 %**	**790**
Services ministériels	0,0	0,0	0,0	36,2	119,8	156,0	6,5 %	1 004,0
(Réelles)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**36,2**	**167,3**	**203,5**	**8,8 %**	**1 048,0**
Nouvelle structure-Total ($)								
(Dépenses prévues)	129,3	692,7	1 289,8	143,3	130,4	2 385,5		
(Réelles)	**112,6**	**634,4**	**1 266,5**	**126,7**	**180,3**	**2 320,5**		
% du total								
(Dépenses prévues)	5,4 %	29,0 %	54,1 %	6,0 %	5,5 %		100,0 %	
(Réelles)	**4,8 %**	**27,3 %**	**54,6 %**	**5,5 %**	**7,8 %**		**100,0 %**	
Equivalent temps plein								
(Dépenses prévues)	294	3 744	1 385	611	698			6 732
(Réelles)	**302**	**3 830**	**1 363**	**612**	**987**			**7 094**

Nota : En raison de l'arrondissement de certains chiffres, il est possible que les totaux ne correspondent pas aux chiffres dans les colonnes.

Tableau financier 3 :
Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans le Budget 1999 et le Budget 2000, le report de fonds ou la péremption d'initiatives. Certaines annonces de financement s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas de la Politique en matière de soins de santé en 1998-1999 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé et Fonds RESPI).

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Politique en matière de soins de santé	264,6	128,4	129,3	112,6	112,6
Promotion et protection de la santé	517,8	1 401,4[1]	692,7	641,0	634,4
Santé des Premières nations et des Inuits	1 041,3	1 128,1	1 289,8	1 266,5	1 266,5
Gestion de l'information et du savoir	s.o.[2]	88,7	143,3	131,8	126,7
Gestion et administration ministérielle	171,1	148,7	130,4	183,0	180,3
Total	**1 994,8**	**2 895,3**	**2 385,5**	**2 334,9**	**2 320,5**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

(1) Les dépenses réelles de 1999-2000 pour le secteur Promotion et protection de la santé comprennent un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars sur l'ordre des tribunaux.

(2) Avant 1999-2000, les fonctions du secteur d'activité Gestion de l'information et du savoir étaient décentralisées. Le transfert a eu officiellement lieu le 1er avril 1999.

Tableau financier 4 : Concordance entre l'ancienne structure et la nouvelle structure

En 2000-2001, Santé Canada a amorcé un remaniement de son organisation. Les six secteurs d'activité ont été remplacés par trois secteurs d'activité principaux : Politique en matière de soins de santé, Promotion et protection de la santé et Santé des Premières nations et des Inuits; appuyés par deux autres secteurs d'activité : Gestion de l'information et du savoir et Gestion et administration ministérielle. Les activités régionales représentent un aspect important de la structure organisationnelle de Santé Canada pour l'ensemble de ces secteurs d'activité. Le Ministère compte dans le pays six bureaux régionaux principaux, où se concentrent 40 p. 100 de son effectif.

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2000-2001 (en millions de dollars)

	Nouvelle structure (nouveaux secteurs d'activité)					Ancienne structure		
Ancienne structure (anciens secteurs d'activité)	**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielle**	**Total ($)**	**% du total**	**Équivalent temps plein**
Gestion des risques pour la santé	0,0	296,7	0,0	0,0	0,0	296,7	12,4 %	2 836
(Réelles)	**0,0**	**309,4**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**309,4**	**13,3 %**	**2 987**
Promotion de la santé de la population	0,0	358,5	0,0	0,0	0,0	358,5	15,0 %	731
(Réelles)	**0,0**	**289,9**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**289,9**	**12,5 %**	**700**
Santé des Autochtones	0,0	25,5	1 289,8	0,0	0,0	1 315,3	55,1 %	1 403
(Réelles)	**0,0**	**22,6**	**1 266,5**	**0,0**	**0,0**	**1 289,1**	**55,6 %**	**1 507**
Soutien et renouvellement du système de santé	73,8	2,6	0,0	0,0	0,0	76,4	3,2 %	114
(Réelles)	**44,3**	**2,6**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**46,9**	**2,0 %**	**62**
Politiques, planification et information en matière de santé	55,5	9,4	0,0	107,1	10,6	182,6	7,7 %	644
(Réelles)	**68,3**	**9,9**	**0,0**	**90,5**	**13,0**	**181,7**	**7,8 %**	**790**
Services ministériels	0,0	0,0	0,0	36,2	119,8	156,0	6,5 %	1 004,0
(Réelles)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**36,2**	**167,3**	**203,5**	**8,8 %**	**1 048,0**
Nouvelle structure-Total ($)								
(Dépenses prévues)	129,3	692,7	1 289,8	143,3	130,4	2 385,5		
(Réelles)	**112,6**	**634,4**	**1 266,5**	**126,7**	**188,3**	**2 328,5**		
% du total								
(Dépenses prévues)	5,4 %	29,0 %	54,1 %	6,0 %	5,5 %		100,0 %	
(Réelles)	**4,8 %**	**27,3 %**	**54,6 %**	**5,5 %**	**7,8 %**		**100,0 %**	
Équivalent temps plein								
(Dépenses prévues)	294	3 744	1 385	611	698			6 732
(Réelles)	**302**	**3 830**	**1 363**	**612**	**987**			**7 094**

Nota : En raison de l'arrondissement de certains chiffres, il est possible que les totaux ne correspondent pas aux chiffres dans les colonnes.

Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activité et secteur de service, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile. Diverses recettes disponibles sont présentées, notamment pour les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogue, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire et la sécurité des produits.

(en millions de dollars)

	Recettes réelles 1998-1999	Recettes réelles 1999-2000	Recettes prévues 2000-2001	Autorisations totales[1] 2000-2001	Recettes réelles 2000-2001
Recettes disponibles[2] Secteurs d'activité/Secteurs de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé de la population et santé publique	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Produits de santé et aliments	32,8	39,8	36,0	40,7	34,5
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,1	6,6	3,4	9,1	6,9
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,8	7,3	0,2	7,0	7,0
Santé des Premières nations et des Inuits					
Santé des Premières nations et des Inuits	6,7	6,8	9,1	9,1	7,2
Gestion et administration ministérielle					
Services de gestion	1,2	0,4	0,7	0,7	0,3
Recettes disponibles totales[2]	**54,7**	**61,0**	**49,5[3]**	**66,7**	**55,9**
Recettes non disponibles Principal classement/Principale source					
Recettes fiscales :					
Taxe sur les produits et services	0,2	0,3	-	-	0,2
Recettes non fiscales :					
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursement des dépenses	6,3	5,2	-	-	11,6
Frais de service	2,1	1,9	2,8	2,8	1,7
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,3	0,6	-	-	0,8
Diverses recettes non fiscales	7,0	6,6	1,2	1,2	8,5
Recettes non disponibles totales	**15,9**	**14,6**	**7,8**	**7,8**	**22,7**
Recettes totales	**70,6**	**75,6**	**57,3**	**74,5**	**78,6**

(1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

(2) Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit »; elles peuvent être dépensées par le Ministère.

(3) Les recettes disponibles prévues n'englobent pas les recettes disponibles approuvées après le Budget principal, soit la réglementation de la lutte antiparasitaire (6,8 M$), les instruments médicaux (4,7 M$) ainsi que l'hygiène et la sécurité au travail (5,7 M$).

Tableau financier 6 :
Paiements législatifs

Au cours des dernières années, le seul paiement législatif de Santé Canada était un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars pour l'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, des personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990.

Paiements législatifs par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales[1] 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Promotion et protection de la santé	0,0	855,3	0,0	0,0	0,0
Total des paiements législatifs	0,0	855,3	0,0	0,0	0,0

(1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activité et secteur de service, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile. Diverses recettes disponibles sont presentees, notamment pour les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogue, les médicaments à usage veterinaire, la reglementation de la lutte antiparasitaire et la sécurité des produits.

(en millions de dollars)

	Recettes réelles 1998-1999	Recettes réelles 1999-2000	Recettes prévues 2000-2001	Autorisations totales[1] 2000-2001	Recettes réelles 2000-2001
Recettes disponibles[2] Secteurs d'activité/Secteurs de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé de la population et santé publique	0,1	0,1	0,1	0,1	**0,0**
Produits de santé et aliments	32,8	39,8	36,0	40,7	**34,5**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,1	6,6	3,4	9,1	**6,9**
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,8	7,3	0,2	7,0	**7,0**
Santé des Premières nations et des Inuits					
Santé des Premières nations et des Inuits	6,7	6,8	9,1	9,1	**7,2**
Gestion et administration ministérielle					
Services de gestion	1,2	0,4	0,7	0,7	**0,3**
Recettes disponibles totales[2]	**54,7**	**61,0**	**49,5[3]**	**66,7**	**55,9**
Recettes non disponibles Principal classement/Principale source					
Recettes fiscales :					
Taxe sur les produits et services	0,2	0,3	-	-	**0,2**
Recettes non fiscales :					
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursement des dépenses	6,3	5,2	-	-	**11,6**
Frais de service	2,1	1,9	2,8	2,8	**1,7**
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,3	0,6	-	-	**0,8**
Diverses recettes non fiscales	7,0	6,6	1,2	1,2	**8,5**
Recettes non disponibles totales	15,9	14,6	7,8	7,8	**22,7**
Recettes totales	**70,6**	**75,6**	**57,3**	**74,5**	**78,6**

(1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

(2) Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit »; elles peuvent être dépensées par le Ministere.

(3) Les recettes disponibles prévues n'englobent pas les recettes disponibles approuvées après le Budget principal, soit la réglementation de la lutte antiparasitaire (6,8 M$), les instruments médicaux (4,7 M$) ainsi que l'hygiène et la sécurité au travail (5,7 M$).

Tableau financier 6 :
Paiements législatifs

Au cours des dernières années, le seul paiement législatif de Santé Canada était un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars pour l'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, des personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990.

Paiements législatifs par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales[1] 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Promotion et protection de la santé	0,0	855,3	0,0	0,0	**0,0**
Total des paiements législatifs	**0,0**	**855,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

(1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

Tableau financier 7 :
Paiements de transfert [1]

La table qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions et contributions) par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans le Budget 1999 et le Budget 2000 (p. ex. Programme canadien de nutrition prénatale, Stratégie canadienne du diabète, Soutenir la capacité de protection de la santé), le report de ressources (p. ex. hépatite C - services de soins de santé et retraçage des donneurs/ retraçage des receveurs) ou la péremption d'initiatives (p. ex. subvention accordée à l'Agence du sang). Certaines annonces s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas de la Politique en matière de soins de santé en 1998-1999 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé et Fonds RESPI).

Paiements de transfert par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales[2] 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	167,1	11,9	11,9	11,9	**11,9**
Promotion et protection de la santé	45,9	54,9	27,7	23,7	**23,7**
Total des subventions	**213,0**	**66,8**	**39,6**	**35,6**	**35,6**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	43,0	49,3	62,9	43,0	**43,0**
Promotion et protection de la santé	150,9	157,8	240,6	202,2	**202,2**
Santé des Premières nations et des Inuits	485,6	545,9	580,3	589,1	**589,1**
Gestion de l'information et du savoir	0,0	12,5	46,3	20,8	**20,8**
Gestion et administration ministérielle	30,8	32,2	19,5	41,0	**41,0**
Total des contributions	**710,3**	**797,7**	**949,6**	**896,1**	**896,1**
Total des paiements de transfert	**923,3**	**864,5**	**989,2**	**931,7**	**931,7**

(1) Le tableau ne comprend pas les paiements législatifs.

(2) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

Tableau financier 7 :
Paiements de transfert [1]

La table qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions et contributions) par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans le Budget 1999 et le Budget 2000 (p. ex. Programme canadien de nutrition prénatale, Stratégie canadienne du diabète, Soutenir la capacité de protection de la santé), le report de ressources (p. ex. hépatite C - services de soins de santé et retraçage des donneurs/ retraçage des receveurs) ou la péremption d'initiatives (p. ex. subvention accordée à l'Agence du sang). Certaines annonces s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas de la Politique en matière de soins de santé en 1998-1999 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé et Fonds RESPI).

Paiements de transfert par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses réelles 1998-1999	Dépenses réelles 1999-2000	Dépenses prévues 2000-2001	Autorisations totales[2] 2000-2001	Dépenses réelles 2000-2001
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	167,1	11,9	11,9	11,9	11,9
Promotion et protection de la santé	45,9	54,9	27,7	23,7	23,7
Total des subventions	**213,0**	**66,8**	**39,6**	**35,6**	**35,6**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	43,0	49,3	62,9	43,0	43,0
Promotion et protection de la santé	150,9	157,8	240,6	202,2	202,2
Santé des Premières nations et des Inuits	485,6	545,9	580,3	589,1	589,1
Gestion de l'information et du savoir	0,0	12,5	46,3	20,8	20,8
Gestion et administration ministérielle	30,8	32,2	19,5	41,0	41,0
Total des contributions	**710,3**	**797,7**	**949,6**	**896,1**	**896,1**
Total des paiements de transfert	**923,3**	**864,5**	**989,2**	**931,7**	**931,7**

(1) Le tableau ne comprend pas les paiements législatifs.

(2) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

Tableau financier 8 :

Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001

(en millions de dollars)

Politique en matière de soins de santé, subventions

Subventions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Subvention à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé afin d'aider à l'établissement et à la gestion du Fonds de recherche sur les services de santé.	11,0 $	Établissement et gestion du Fonds de recherche sur les services de santé.	• Établissement et gestion du Fonds de recherche sur les services de santé.
Subventions diverses inférieures à 5 millions de dollars.	0,9 $	Subventions à des organismes internationaux sans but lucratif admissibles afin d'appuyer leurs projets ou leurs programmes en santé (0,9 $).	
Total partiel	11,9 $		

Promotion et protection de la santé, subventions

Subventions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Subvention accordée à la Société canadienne du sang : Coûts de transition.	5,0 $	Subvention pour les coûts de transition relatifs à la mise en œuvre de structures de gestion et de fonctionnement.	• Établissement de systèmes de gestion, de processus administratifs, de procédures d'exploitation normalisées et de procédures de sécurité et de dépistage pour assurer la sûreté et l'efficacité du service d'approvisionnement en sang.

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Promotion et protection de la santé, subventions (suite)

Subventions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Subventions accordées à des personnes et à des organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, de l'expansion des ressources, de la formation et de l'acquisition d'habiletés et de la recherche.	9,9 $	Élargir les activités dans les domaines de la santé communautaire, de l'expansion des ressources, de la formation et de l'acquisition d'habiletés et de la recherche.	• Initiatives communautaires élargies qui font la promotion d'activités saines et augmentent le nombre de citoyens formés.
Subvention destinée à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.	5,7 $	Appuyer la prévention du VIH/sida, promouvoir les soins, le traitement et le soutien aux personnes infectées par le VIH/sida et appuyer la recherche clinique et biomédicale.	• Prévention de la transmission du VIH chez les groupes vulnérables. • Renforcement de la capacité de la collectivité de résoudre les problèmes liés au VIH/sida chez les groupes vulnérables. • Progrès vers la mise au point de médicaments, de vaccins et de thérapies efficaces.
Subventions diverses inférieures à 5 millions de dollars.	3,1 $	• Organisation mondiale de la Santé (0,1 $). • Commission internationale de protection radiologique (0,005 $). • Subvention à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne de lutte contre le cancer du sein (3,0 $).	
Total partiel	23,7 $		
Total des subventions	**35,6 $**		

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Politique en matière de soins de santé, contributions

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions accordées à des gouvernements provinciaux et territoriaux et à des organismes sans but lucratif du domaine de la santé ou des services sociaux pour vérifier et évaluer des façons d'améliorer le système de soins de santé de l'avenir, plus particulièrement dans quatre domaines prioritaires convenus par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments, prestation intégrée des services intégrés).	40,7 $	Soutenir un système de soins de santé amélioré adapté aux besoins et aux services futurs en soins de santé.	• Production et diffusion de données probantes sur de nouvelles approches de prestation de soins de santé.
Contributions inférieures à 5 millions de dollars.	2,3 $	Financement pour le Programme de contribution pour la santé des femmes (2,3 $).	
Total partiel	43,0 $		

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Promotion et protection de la santé, contributions

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions attribuées pour l'Initiative de recherche sur les substances toxiques.	8,4 $	Protéger la santé et l'environnement des Canadiens et des Canadiennes en améliorant et en élargissant les connaissances sur les substances toxiques.	• Protection et préservation de la santé humaine et de l'environnement pour la génération actuelle et les générations futures.
Contributions accordées à des personnes et à des organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, de l'expansion des ressources, de la formation et de l'acquisition d'habiletés et de la recherche.	27,9 $	Élargir les connaissances pour l'élaboration de programmes et de politiques en vue de former davantage de partenariats et d'accroître la collaboration intersectorielle.	• Preuve de l'efficacité des interventions destinées à améliorer et à promouvoir la santé, à réduire les risques et à prévenir les maladies et les blessures.
Paiements aux provinces, aux territoires et à des organismes sans but lucratif pour appuyer l'élaboration de programmes novateurs de traitement et de réadaptation à l'intention des personnes abusant de l'alcool et des drogues.	14,5 $	Assurer, partout au Canada, des programmes et des services novateurs, accessibles et efficaces de traitement et de réadaptation à l'intention des personnes abusant de l'alcool et des drogues.	• Accès amélioré à des programmes efficaces de traitement et de réadaptation. • Recherche de pointe, en collaboration avec les provinces et les territoires, sur les pratiques optimales de traitement et de réadaptation des personnes abusant de substances.
Contributions attribuées à des organismes communautaires sans but lucratif pour appuyer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce destinés à résoudre les problèmes de santé et de développement des jeunes enfants à risque au Canada.	75,5 $	Améliorer la capacité de la collectivité de répondre aux besoins des jeunes enfants en matière de santé et de développement et offrir du soutien aux femmes enceintes dont la santé et la grossesse peuvent être à risque.	• Amélioration de la santé et du développement social des enfants, de la naissance à 6 ans. • Accès amélioré aux services de soins prénataux et aux services de santé pour les femmes enceintes.

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Promotion et protection de la santé, contributions (suite)

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions accordées pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.	22,6 $	Appuyer la prévention du VIH/sida, promouvoir les soins, le traitement et le soutien pour les personnes infectées par le VIH/sida et appuyer la recherche épidémiologique et la recherche communautaire.	• Prévention de la transmission du VIH chez les groupes vulnérables. • Renforcement de la capacité de la collectivité de résoudre les problèmes liés au VIH/sida chez les groupes vulnérables. • Connaissance accrue de l'épidémiologie du VIH.
Contributions attribuées à des institutions et à des organismes autochtones locaux et régionaux sans but lucratif et constitués en personnes morales pour qu'ils puissent élaborer des programmes d'intervention précoce à l'intention des enfants autochtones d'âge préscolaire et de leur famille.	19,7 $	Élaborer des programmes d'intervention précoce à l'intention des enfants autochtones d'âge préscolaire et de leur famille.	• Programmes renforcés de services prénataux et de soutien pour les enfants ayant des besoins spéciaux dans les 114 milieux communautaires.
Paiements aux provinces et aux territoires pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services de traitement pour les personnes infectées par le virus de l'hépatite C par le biais du système de transfusion sanguine.	29,6 $	Améliorer l'accès aux soins de santé et aux services de traitement pour les personnes infectées par le virus de l'hépatite C par le biais du système de transfusion sanguine.	

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Promotion et protection de la santé, contributions (suite)

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions inférieures à 5 millions de dollars.	4,0 $	• Des contributions à des personnes et à des organismes pour soutenir des activités d'importance nationale visant l'amélioration des services de santé ainsi que la recherche et des projets de démonstration dans le domaine de la santé publique (2,3 $). • Des contributions à la Société canadienne du sang ou à d'autres centres désignés de transfusion ou de transplantation pour soutenir les activités de surveillance des réactions indésirables (1,7 $).	
Total partiel	202,2 $		

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Santé des Premières nations et des Inuits, contributions

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions à des services de soins de santé communautaires intégrés amérindiens et inuits.	237,8 $	Offrir du financement à des services de santé communautaires intégrés à l'intention des Amérindiens et des Inuits, en fonction des besoins de la communauté et dans le cadre des normes de fonctionnement et des buts des programmes de la Direction générale. Ce financement inclut les programmes suivants : • Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones • Grandir ensemble • Programme de soins à domicile et en milieu communautaire • Programme de lutte contre l'abus des solvants • Programme canadien de nutrition prénatale • Programme de lutte contre le VIH/sida.	• Amélioration de l'état de santé et du bien-être des membres des Premières nations et des Inuits sur les plans physique, mental et social. • Réduction du nombre de décès, de maladies, de blessures et de dépendances.

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Santé des Premières nations et des Inuits, contributions (suite)

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Paiements à des bandes, à des associations ou à des groupes amérindiens relativement au contrôle et à la prestation de services de santé.	182,0 $	Accroître la responsabilité et le contrôle des communautés amérindiennes sur leurs propres soins de santé et influer sur l'amélioration des conditions sanitaires chez les Amérindiens.	• Souplesse dans la conception et la prestation de programmes et de services de santé communautaires. • Maintien de la santé publique et de la sécurité par la prestation de programmes obligatoires de santé et de traitement. • Renforcement de la responsabilisation des chefs de file amérindiens vis-à-vis de leurs communautés.
Contributions destinées à appuyer des projets pilotes pour évaluer les options relatives au transfert du Programme des services de santé non assurés sous le contrôle des Premières nations et des Inuits.	24,2 $	Fournir un soutien financier aux bandes, aux associations ou aux groupes amérindiens concernant le contrôle et la prestation des services de santé.	• Pertinence des services du Programme des services de santé non assurés pour les besoins particuliers des Premières nations et des Inuits en matière de santé. • Viabilité du Programme des services de santé non assurés dans une perspective financière et dans une perspective de gestion des prestations.
Contributions attribuées à des bandes amérindiennes, à des associations ou à des groupes amérindiens et inuits, ou encore, à des administrations locales ou territoriales relatives à des services de santé non assurés.	92,0 $	Offrir des contributions à des bandes amérindiennes, à des associations ou à des groupes amérindiens et inuits, ou encore, à des administrations locales ou territoriales pour des services de santé non assurés.	• Création de capacités pour les Premières nations et les Inuits. • Conclusion d'une entente sur un projet pilote pour favoriser une autonomie accrue.

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Santé des Premières nations et des Inuits, contributions (suite)

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étapes
Contribution pour le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves.	22,6 $	Appuyer les stratégies de développement des jeunes enfants qui sont conçues et contrôlées par les communautés des Premières nations.	• Sensibilisation accrue aux besoins nutritionnels. • Participation accrue des familles au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. • Réseau et soutien communautaires plus forts pour répondre aux besoins des enfants d'âge préscolaire.
Contributions aux Amérindiens et aux Inuits ou accordées en leur nom pour couvrir les coûts de construction, d'expansion ou de rénovation d'hôpitaux ou d'autres établissements et institutions de soins de santé ainsi que les coûts de l'équipement hospitalier ou de soins de santé.	9,2 $	Aider à assurer la disponibilité et l'accessibilité des d'hôpitaux et d'autres installations ainsi que d'équipement de soins de santé afin d'appuyer la prestation de services de santé aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites.	• Amélioration de l'accès aux services de santé.
Contribution pour la promotion et la prévention de la santé des Premières nations et des Inuits et pour l'élaboration de projets venant en aide aux Premières nations et aux Inuits pour la prise de contrôle des services de santé.	9,0 $	Contribuer aux projets de promotion et de prévention des Premières nations et des Inuits et aux projets de développement destinés à soutenir le contrôle des services de santé par les Premières nations et les Inuits.	• Bonne santé générale des membres de la communauté. • Soutien communautaire à la promotion de pratiques favorisant la santé pour renforcer la capacité de résoudre les problèmes de santé qui se posent dans la communauté.

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Santé des Premières nations et des Inuits, contributions (suite)

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Paiements à l'Institut de la santé autochtone/ Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones.	7,3 $	Appuyer l'Institut de la santé autochtone/Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones et leur fournir des paiements.	• Autonomie accrue des Autochtones grâce à l'avancement et au partage des connaissances sur la santé autochtone. • Renforcement des connaissances et des habiletés collectives.
Contributions inférieures à 5 millions de dollars.	5,0 $	• Des contributions à des universités, à des collèges et à d'autres organisations visant à accroître la participation des étudiants amérindiens et inuits aux programmes d'études menant à des carrières de professionnels de la santé (2,6 $). • Des contributions au gouvernement de Terre-Neuve pour couvrir le coût de la prestation de soins de santé aux communautés amérindiennes et inuites (0,6 $). • Des contributions aux associations ou aux groupes amérindiens et inuits pour couvrir les coûts des consultations portant sur la santé des Amérindiens et des Inuits (1,8 $).	
Total partiel	589,1 $		

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Gestion de l'information et du savoir, contributions

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Programme de soutien de l'autoroute de l'information.	6,6 $	Encourager l'utilisation des renseignements et des technologies de communication pour mieux répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de santé.	Stimuler de nouveau la conception, le développement et la mise en œuvre de technologies de l'information, d'applications et de contextes avancés dans le secteur de la santé.
Contributions aux personnes et aux organisations pour soutenir les activités d'importance nationale pour l'amélioration des services de santé et pour soutenir la recherche et les démonstrations dans le domaine de la santé publique.	7,8 $	Soutenir les activités d'importance nationale pour l'amélioration des services de santé et pour soutenir la recherche et les démonstrations dans le domaine de la santé publique.	Soutenir les activités d'importance nationale pour l'amélioration des services de santé et pour soutenir la recherche et les démonstrations dans le domaine de la santé publique.
Autres contributions inférieures à 5 millions de dollars.	6,4 $	• Contribution à l'Institut canadien d'information sur la santé (2,3 $). • Contributions accordées pour des projets de promotion et de prévention de la santé des Premières nations et des Inuits ainsi que pour des projets de développement destinés à appuyer le contrôle des services de santé par les Premières nations et les Inuits (2,1 $). • Contributions au programme de partenariat d'infostructure de la santé du Canada (2,0 $).	
Total partiel	20,8 $		

Tableau financier 8 : Détails sur les paiements de transfert, dépenses réelles 2000-2001 (suite)

(en millions de dollars)

Gestion et administration ministérielle, contributions

Contributions	Montant	Objectif	Résultats prévus/ Étape
Contributions accordées aux Amérindiens ou aux Inuits ou en leur nom pour couvrir les coûts de construction, d'expansion ou de rénovation d'hôpitaux et d'autres établissements et institutions de soins de santé et aussi pour l'équipement de soins de santé.	38,0 $	Aider à assurer la disponibilité et l'accessibilité des hôpitaux et d'autres installations ainsi que d'équipement de soins de santé afin d'appuyer la prestation de services de santé aux communautés des Premières nations et inuites.	• Amélioration de l'accès aux services de santé.
Autres contributions inférieures à 5 millions de dollars.	3,0 $	Contributions aux services de soins de santé communautaires intégrés des Amérindiens et des Inuits. (3,0 $)	
Total partiel	41,0 $		
Total des contributions	**896,1 $**		

Tableau financier 9 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2000-2001 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité.
Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la Section III : Rendement du Ministère (en millions de dollars).

Organisation	Secteurs d'activité					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielle	Total
Politique de la santé et communications	129,3	-	-	-	-	129,3
(Autorisations totales)	*112,6*	-	-	-	-	*112,6*
(Dépenses réelles)	**112,6**	-	-	-	-	**112,6**
Santé de la population et santé publique	-	415,9	-	-	-	415,9
(Autorisations totales)	-	*349,4*	-	-	-	*349,4*
(Dépenses réelles)	-	**348,5**	-	-	-	**348,5**
Produits de santé et des aliments	-	118,7	-	-	-	118,7
(Autorisations totales)	-	*125,0*	-	-	-	*125,0*
(Dépenses réelles)	-	**122,9**	-	-	-	**122,9**
Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	-	137,3	-	-	-	137,3
(Autorisations totales)	-	*143,4*	-	-	-	143,4
(Dépenses réelles)	-	**140,5**	-	-	-	140,5
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	-	20,8	-	-	-	20,8
(Autorisations totales)	-	*23,2*	-	-	-	*23,2*
(Dépenses réelles)	-	**22,5**	-	-	-	**22,5**
Santé des Premières nations et des Inuits	-	-	1 289,8	-	-	1 289,8
(Autorisations totales)	-	-	*1 266,5*	-	-	*1 266,5*
(Dépenses réelles)	-	-	**1 266,5**	-	-	**1 266,5**
Information, analyse et de la connectivité	-	-	-	143,3	-	143,3
(Autorisations totales)	-	-	-	*131,8*	-	*131,8*
(Dépenses réelles)	-	-	-	**126,7**	-	**126,7**
Services de gestion	-	-	-	-	130,4	130,4
(Autorisations totales)	-	-	-	-	*183,0*	*183,0*
(Dépenses réelles)	-	-	-	-	**180,3**	**180,3**
Total	129,3	692,7	1 289,8	143,3	130,4	2 385,5
(Autorisations totales)	*112,6*	*641,0*	*1 266,5*	*131,8*	*183,0*	*2 334,9*
(Dépenses réelles)	**112,6**	**634,4**	**1 266,5**	**126,7**	**180,3**	**2 320,5**
% du total	**4,8 %**	**27,3 %**	**54,6 %**	**5,5 %**	**7,8 %**	**100,0 %**

Nota : Les montants en italique représentent les autorisations totales pour 2000-2001 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2000-2001.

Tableau financier 9 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2000-2001 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité.
Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la Section III : Rendement du Ministère (en millions de dollars).

Organisation	Secteurs d'activité					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielle	Total
Politique de la santé et communications	129,3	-	-	-	-	129,3
(Autorisations totales)	*112,6*	-	-	-	-	*112,6*
(Dépenses réelles)	**112,6**	-	-	-	-	**112,6**
Santé de la population et santé publique	-	415,9	-	-	-	415,9
(Autorisations totales)	-	*349,4*	-	-	-	*349,4*
(Dépenses réelles)	-	**348,5**	-	-	-	**348,5**
Produits de santé et des aliments	-	118,7	-	-	-	118,7
(Autorisations totales)	-	*125,0*	-	-	-	*125,0*
(Dépenses réelles)	-	**122,9**	-	-	-	**122,9**
Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	-	137,3	-	-	-	137,3
(Autorisations totales)	-	*143,4*	-	-	-	143,4
(Dépenses réelles)	-	**140,5**	-	-	-	140,5
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	-	20,8	-	-	-	20,8
(Autorisations totales)	-	*23,2*	-	-	-	*23,2*
(Dépenses réelles)	-	**22,5**	-	-	-	**22,5**
Santé des Premières nations et des Inuits	-	-	1 289,8	-	-	1 289,8
(Autorisations totales)	-	-	*1 266,5*	-	-	*1 266,5*
(Dépenses réelles)	-	-	**1 266,5**	-	-	**1 266,5**
Information, analyse et de la connectivité	-	-	-	143,3	-	143,3
(Autorisations totales)	-	-	-	*131,8*	-	*131,8*
(Dépenses réelles)	-	-	-	**126,7**	-	**126,7**
Services de gestion	-	-	-	-	130,4	130,4
(Autorisations totales)	-	-	-	-	*183,0*	*183,0*
(Dépenses réelles)	-	-	-	-	**180,3**	**180,3**
Total	129,3	692,7	1 289,8	143,3	130,4	2 385,5
(Autorisations totales)	*112,6*	*641,0*	*1 266,5*	*131,8*	*183,0*	*2 334,9*
(Dépenses réelles)	**112,6**	**634,4**	**1 266,5**	**126,7**	**180,3**	**2 320,5**
% du total	**4,8 %**	**27,3 %**	**54,6 %**	**5,5 %**	**7,8 %**	**100,0 %**

Nota : Les montants en italique représentent les autorisations totales pour 2000-2001 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2000-2001.

Tableau financier 10 :
Pertes potentielles

Il y a un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement fédéral alléguant une négligence de la part de celui-ci dans son rôle à l'égard de la réglementation des instruments médicaux et du sang. En raison de la complexité des réclamations et du stade auquel se trouvent les procédures, on ne peut pas pour l'instant donner une estimation fiable des pertes potentielles qui seront subies relativement aux recours collectifs et aux poursuites individuelles.

Les recours collectifs intentés au nom des Canadiennes et des Canadiens ayant contracté le virus de l'hépatite C par transfusions sanguines entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990 ont été réglés par une entente de règlement final approuvée par les tribunaux et prenant effet en janvier 2000. Les participants au recours collectif sont liés par l'entente à moins d'avoir signifié leur option de refus par écrit avant le 31 janvier 2001. En janvier 2000, le gouvernement fédéral a versé environ 855,3 millions de dollars au fiduciaire désigné par les tribunaux, se déchargeant ainsi de toute responsabilité supplémentaire envers les poursuites en recours collectifs en rapport avec les événements de 1986 à 1990 couverts par le règlement.

Les autres poursuites individuelles et recours collectifs sont actuellement entendus.

SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS

Personnes-ressources au Ministère

Renseignements généraux

Écrivez nous :

Santé Canada
0900C2, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/ >

Courriel : < http://info@www.hc-sc.gc.ca/francais/commentr.htm >

Télécopieur : Renseignements généraux (613) 941-5366

Téléphone : Bureau principal (613) 957-2991

Sous-ministre
0915B, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-0212

Sous-ministre délégué
0915A, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-5904

Sous-ministre adjoint principal
Direction générale des services de gestion
0905B, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 952-3984

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la politique de la santé et des communications
0911B1, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3059

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
1921A, immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 957-7701

Sous-ministre adjoint délégué
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
1921A, immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 952-3151

Sous-ministre adjoint
Direction générale des produits de santé et des aliments
0701A1, immeuble de la Protection de la santé
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
(613) 957-1804

Sous-ministre adjoint
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
0913D, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 946-3209

Avocat général principal
Services juridiques
0902B, immeuble Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3766

Directeur général régional
Québec
Complexe Guy Favreau, tour Est
Bureau 202
200, boulevard René-Lévesque
Montréal (Québec) H2Z 1X4
(514) 283-2856

Directeur général régional
Alberta et Territoires du Nord-Ouest
Place Canada, pièce 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
(780) 495-6737

Directeur général régional
Manitoba et Saskatchewan
391, avenue York, bureau 437
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P4
(204) 984-4363

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
1916A, immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 954-8524

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
3105A, Holland Cross, 5e étage,Tour B
1600, rue Scott
Ottawa (Ontario) K1A 1B6
(613) 946-6701

Directeur général régional
Ontario et Nunavut
4e étage
25, avenue Saint-Clair Est
Toronto (Ontario) M4T 1M2
(416) 954-3592

Directeur général régional
Région de l'Atlantique
Centre maritime, bureau 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
(902) 426-4097

Directeur général régional
Colombie-Britannique et Yukon
757, rue West Hasting, pièce 235
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 1A1
(604) 775-7003

Directeur exécutif
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire
6607D2, 2720, rue Riverside
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 736-3708

Directeur général exécutif
Bureau de vérification et d'imputabilité
3713C, immeuble Vanguard
171, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 954-2215

Directrice exécutive
Politique des soins infirmiers
3807A, 275, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 941-4314

Bureau de l'expert scientifique en chef
2203A1, immeuble Frederick G Banting
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 941-3003

Références

Sélection de publications de Santé Canada :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone :	(613) 954-5995
Fax:	(613) 941-5366
Pour les malentendants :	1 800 267-1245

Intérêt général

10 bonnes raisons pour allaiter.

10 précieux conseils pour allaiter avec succès.

Carnet de santé de l'enfant du Canada.

C'est bon d'en parler : Comment obtenir le maximum d'une visite chez votre médecin.

Des aliments sains... chez vous!

Douze mauvaises raisons pour monter en auto avec quelqu'un qui a bu.

Drogues : drogues... aussi l'affaire des parents!

Guide alimentaire canadien pour manger sainement.

Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine (adultes âgés).

Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine.

Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés.

Guide des programmes et services fédéraux pour les enfants et les jeunes.

Initiatives de Santé Canada en santé rurale.

La protection de la santé – Un défi qui donne à réfléchir.

Les nombreux visages du diabète.

Parce que la vie continue : aider les enfants et les adolescents à vivre la séparation et le divorce : un guide à l'intention des parents.

Prenez le temps... de manger... de parler... de grandir.

Tous ensemble : les effets de la dépression et de la maniacodépression sur les familles.

Rapports

Action concertée pour une saine alimentation (1990).

Enfants victimes d'abus sexuel : Lignes directrices destinées aux travailleurs communautaires (1991).

Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances : Document de travail et Table ronde (1996).

Horizons trois : mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes au Canada (1996).

Inforoute Santé du Canada - Voies vers une meilleure santé (1999).

La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural (1996).

L'air dans les bureaux : guide de l'employé concernant la qualité de l'air dans les bureaux, les écoles et les hôpitaux (1995).

La nutrition du nourrisson né à terme et en santé (1998).

La santé au Canada : un héritage à faire fructifier (rapport final du Forum national sur la santé) (1997).

La santé des jeunes : tendances au Canada (1999).

Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des déterminants de la santé (1999).

L'état de santé des Autochtones au Canada (1992).

L'usage de la cocaïne - Recommandations en matière de traitement et de réadaptation.

Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation

Meilleures pratiques - Syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal et les effets des autres drogues pendant la grossesse.

Nouvelle perspective de la santé des Canadiens; un document de travail (1974).

Nutrition pour une grossesse en santé (1999).

Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (1999).

Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada, pleins feux sur le cholestérol (1991).

Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada, pleins feux sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire (1993).

Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes (1996).

Rapport sur le cancer du sein (1994).

Recommandations sur la nutrition... Un appel à l'action (1989).

Sortie de secours : les femmes handicapées et le tabac (1997).

Stratégie canadienne antidrogue (1998).

Lois et règlements

A. Lois et/ou règlements dont le ministre de la Santé est responsable

La première liste regroupe les lois qui sont en tout ou en partie et/ou des règlements spécifiques sous la responsabilité du ministre de la Santé.

1) *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*, L.R.C. (1985), ch. C- 15.31

2) *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6

   - Règlement sur les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, DORS/86-259

3) *Loi portant sur la création des Instituts de recherche en santé du Canada*, L.C. 2000, ch. 6

4) *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.R.C. (1985), ch. C- 38.8, DORS/2001-227

5) *Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides*, L.R.C. (1985), ch. P-10

6) *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, L.R.C. (1985), ch. F-25

7) *Loi sur la gestion des finances publiques*, L.R.C. (1985), ch. F-11

   - Règlement sur les droits des services de radiodosimétrie, DORS/90-109 mod. par DORS/94-279
   - Règlement sur le prix à payer pour vendre une drogue, DORS/95-31
   - Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues, DORS/95-424
   - Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux, DORS/98-432 mod. par DORS/2000-312
   - Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues vétérinaires, DORS/96-143
   - Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des produits antiparasitaires, DORS/97-173
   - Règlement les prix à payer pour les licences d'établissement,(1056) DORS/98-4
   - Règlement sur le prix à payer pour les licences de distributeurs autorisés de drogues contrôlées et stupéfiants, DORS/98-5

8) *Loi sur la quarantaine*, L.R.C. (1985), ch. Q-1

9) *Loi sur le centre canadien de lutte contre les toxicomanies*, L.R.C. (1985), ch. 49 (4ème suppl.)

10) *Loi sur le conseil de recherches médicales*, L.R.C. (1985), ch. M-4 abrogée le 31 mai 2001 et remplacée par la *Loi portant sur la création des Instituts de recherche en santé du Canada*, L.C. 2000, ch. 6, TR/2001-66

- Désignation du ministre responsable, TR/77-207

11) *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, L.R.C. (1985), ch. H-2.7

12) *Loi sur le Fonds de recherche de la Reine Elizabeth II*, S.R.C. 1970, ch. Q-1

13) *Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. (1985), ch. H-3.2

- Règlement sur l'eau potable (transport en commun), C.R.C. 1978, ch. 1105 mod. par DORS/78-400
- Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes, DORS/94-558

14) *Loi sur le tabac* L.R.C. (1985), ch. T-11.5

- Règlement sur l'information relative aux produits du tabac, DORS/2000-272
- Règlement sur le tabac (accès), DORS/99-93
- Règlement sur le tabac (saisie et restitution), DORS/99-94
- Règlement sur les rapports relatifs au tabac, DORS /2000-273

15) *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. (1985), ch. F-27

16) *Loi sur les brevets*, L.R.C. (1985), ch. P-4

- Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité), DORS/93-133 mod. par DORS/98-166, DORS/99-379
- Règlement sur les médicament brevetés, (1994), DORS/88-474, DORS/94-688, mod. par DORS/95-172, DORS/98-105
- Règlement sur la protection et l'emmagasinage de médicament brevetés, DORS/93-134 abrogé 2000-373
- Désignation du ministre responsable, TR/93-114
- Décret fixant à la date de prise du présent décret la date d'entrée en vigueur de la Loi, TR/2001-83

17) *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, L.R.C. (1985), ch. R-1

18) *Loi sur les produits dangereux*, L.R.C. (1985), ch. H-3

19) *Loi sur les produits antiparasitaires*, L.R.C. (1985), ch. P-9

B. Lois qui ne sont pas administrées par le ministre de la Santé

La deuxième liste regroupe les lois qui sont administrées par d'autres ministres et pour lesquelles le ministre de la Santé joue un rôle consultatif.

20) *Code canadien du travail,* L.R.C. (1985), ch. L-2, mod. par. L.C. (2000), ch. 20

21) *Loi d'urgence sur les approvisionnements d'énergie,* L.R.C. (1985), ch. E-9

22) *Loi médicale du Canada,* S.R.C. 1952, ch. 27

23) *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments,* L.R.C. (1985), ch. C-16.5

24) *Loi sur l'immigration,* L.R.C. (1985), ch. I-2

25) *Loi sur la marine marchande,* L.R.C. (1985), ch. S-9

- Règlement sur l'alimentation et le service de table des équipages de navire, C.R.C., 1978, ch. 1480

26) *Loi sur la protection civile,* L.R.C. (1985), ch. 6 (4ème suppl.)

27) *Loi sur la radiodiffusion,* L.R.C. (1985), ch. B-9.01

28) *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaire,* L.R.C. (1985), ch. N-28.3

- Règlement général sur la sûreté et la réglementation nucléaires, DORS/2000-202

29) *Loi sur la taxe d'accise,* L.R.C. (1985), ch. E-15

30) *Loi sur les aliments du bétail,* L.R.C. (1985), ch. F-9

31) *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces,* L.R.C. (1985), ch. F-8

32) *Loi sur les marques de commerce,* L.R.C. (1985), ch. T-13

33) *Loi sur les parcs nationaux,* L.R.C. (1985), ch. N-14

Index

Activité physique 44, 134
Agence canadienne d'inspection des aliments 50
Alcool - Consommation 19, 21, 31, 40, 54, 57, 59, 65, 120, 123, 135
Aliment(s)
14, 19, 21, 26, 30, 31, 39, 40, 43, 47, 49, 50, 51, 52, 76, 89, 90, 92, 93, 97, 114, 128, 132, 134
Autochtones - Indiens - Premières nations et Inuit
13, 18, 19, 22, 25, 26, 32, 45, 64, 65, 66, 67, 71, 79, 112, 121, 123, 126, 135
Cadre de responsabilisation de la santé des Premières nations et des Inuits 13, 70
Conseil national des Autochtones sur le VIH/sida 67
Initiative en développement de carrière pour Autochtones 79
Initiative sur le diabète chez les Autochtones 66
Initiative sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal visant les Premières nations et les Inuits 57, 66, 135
Programme d'aide préscolaire aux autochtones 65
Programme de soins à domicile et en milieu communautaire 67, 123
Programme des services de santé non assurés 32, 70, 71, 124
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 65, 123
Programme national des centres de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes 68
Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 69, 74
Autoroute de l'information 23, 127

Biotechnologie 31, 49, 50, 53, 54, 55
Bureau de vérification et d'imputabilité 23, 26, 27, 133

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 12
Conseil consultatif des sciences 13, 51

Développement durable 22, 34, 40, 41, 49, 54, 60, 62, 64, 73, 77, 80, 85, 87

Eau 21, 40, 46, 47, 56, 68, 137
Enfants - Enfance
18, 21, 40, 43, 44, 46, 48, 52, 63, 65, 69, 70, 79, 80, 102, 120, 121, 125, 134, 135
Centres d'excellence pour le bien-être des enfants 48
Initiative de développement de la petite enfance 102
Programme d'action communautaire pour les enfants 43
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 75
Entente des premiers ministres sur la santé 11, 36, 40, 102, 104
Entente-cadre sur l'union sociale 102, 103
Expert scientifique en chef 13, 23, 26, 79, 133

Femmes 37, 43, 45, 52, 66, 120, 135
Centres d'excellence pour la santé des femmes 37
Femmes enceintes - Grossesse 52, 66, 120, 135
Programme de contribution pour la santé des femmes 119
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 117
Fonds pour l'adaptation des services de santé 34, 37, 67

Génétique 80

Gouvernement en direct 83, 107
Grands Lacs 86

Inforoute Santé Canada inc. 74, 75, 135
Infostructure nationale de surveillance de la santé 46, 74
Initiative sur la santé de la population canadienne 42
Institut canadien d'information sur la santé 75, 112, 116
Instituts de recherche en santé du Canada 37, 52, 75, 136, 137
Instruments médicaux 19, 21, 40, 49, 50, 51, 53, 71, 72, 99, 101, 114, 130, 136

Lois
- Loi canadienne sur la protection de l'environnement 55, 79, 86, 136
- Loi canadienne sur la santé 18, 29, 35, 79, 136
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances 57, 136
- Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments 138
- Loi sur le tabac 58, 137
- Loi sur les aliments et drogues 94, 95, 137
- Loi sur les produits antiparasitaires 22, 31, 60, 62, 93, 137
- Loi sur les produits dangereux 55, 137
- Loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique 96

Lutte antiparasitaire - Pesticides
19, 21, 22, 26, 31, 39, 40, 60, 61, 62, 63, 86, 87, 93, 114, 136
- Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 22, 26, 87, 128, 132

Maladie(s)
13, 17, 19, 20, 21, 22, 30, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 53, 64, 68, 80, 90, 120, 123
- asthme 86
- cancer 43, 44, 75, 118
- cancer du sein 118, 135
- coeur 37, 43, 135
- Creutzfeldt-Jakob 47, 48
- diabète 11, 43, 44, 46, 66, 68, 69, 80, 103, 116, 134
- hépatite C 41, 45, 48, 80, 110, 115, 116, 121, 130
- tuberculose 48
- VIH/sida 45, 57, 67, 68, 80, 103, 118, 121, 123
- zoonose 44

Médicaments - Produits pharmaceutiques
19, 21, 35, 37, 40, 49, 50, 51, 52, 53, 65, 71, 72, 100, 101, 114, 119
- assurance-médicaments 37, 119
- marijuana 57
- vétérinaires 44, 114, 136

Nutrition 43, 45, 50, 52, 90, 91, 125, 135
- Programme canadien de nutrition prénatale 43, 66, 103, 116, 123

Ozone 56, 86, 87

Pelouses saines 61
Personnes âgées - Vieillissement 18, 36, 76, 134
Pollution de l'air 56, 61
Produits biologiques 19, 49
Produits chimiques 21, 40, 54, 55, 56, 57, 58, 63
Produits de santé naturels 19, 49, 50, 52, 97

Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé 73

Radiation 55, 56, 137
Régime d'assurance-maladie 18, 20, 68
Règlements 50, 51, 62, 92, 98, 100, 136, 137
    Aliments et drogues 89, 90, 92, 93, 97
    Étiquetage dans les deux langues officielles 93
    Information relative aux produits du tabac 58
    Instruments médicaux 51, 99
    Rapports relatifs au tabac 58, 98
    Sanctions administratives pécuniaires 92
Renseignements personnels 32, 73
Réseau canadien de la santé 74

Sang 47, 52, 95, 115, 116, 117, 130
    Société canadienne du sang 117, 122
Santé au travail 19, 22, 54, 57, 114
Santé dans les régions rurales 42, 43, 134
    Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloigées 42
Santé environnementale 14, 19, 21, 26, 31, 39, 54, 59, 60, 86, 114, 128
Santé génésique 67
Santé mentale 44, 67, 69, 71, 135
    Réseau international de promotion de la santé mentale 44
Services d'urgence - État de préparation - Intervention 22, 51, 96, 120, 121
Soins à domicile et communautaires 34, 36, 37, 45, 67, 119
Soins infirmiers 34, 36, 37, 38, 45, 65, 68, 69, 133
Substances toxiques 19, 120
    Initiative de recherche sur les substances toxiques 120
Système canadien de surveillance périnatale 103
Système d'information géographique 42

Tabac - Usage du tabac 13, 19, 21, 31, 40, 54, 57, 58, 59, 86, 97, 98, 135, 137
Télésanté 69, 74
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 11, 18, 35
Transplants - Transplantation 51, 52, 94, 122
    Conseil canadien pour le don et la transplantation 51
    Xénotransplants - Xénotransplantation 96